Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1891—1892 учебномъ году

№ 5.

Khrostovski (L. I.) Hysteropexia, 244 *Refs.*, *Plates* [in Russian], 8vo. St. P., 1891

HYSTEROPEXIA

ABDOMINALIS ANTERIOR INTRAPERITONEALIS

ПРИ ЗАДНИХЪ СМѢЩЕНІЯХЪ МАТКИ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Л. И. Хростовскаго.

Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были профессоры:
К. Ф. Славянскій, А. И. Лебедевъ и В. А. Ратимовъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Н. Стефанова, Телѣжный пер., д. № 3—5.
1891.

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1891—1892 учебномъ году.

№ 5.

HYSTEROPEXIA

ABDOMINALIS ANTERIOR INTRAPERITONEALIS

ПРИ ЗАДНИХЪ СМѢЩЕНІЯХЪ МАТКИ.

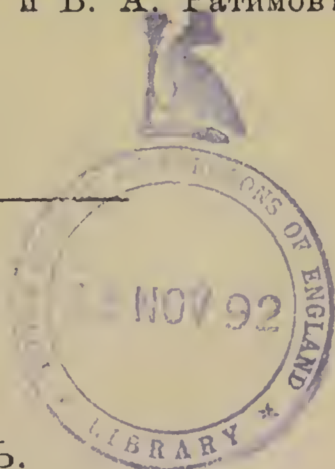
ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Л. И. Хростовскаго.

Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были профессоры: К. Ф. Славянскій, А. И. Лебедевъ и В. А. Ратимовъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Н. Стефанова, Телѣжный пер., д. № 3—5.

1891.

Докторскую диссертацію лекаря *Л. И. Хростовскаго*. подъ заглавіемъ: „Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis при заднихъ смѣщеніяхъ матки“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи оной, было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, октября 5 дня 1891 года.

Ученый Секретарь **Насиловъ**.

ВВЕДЕНІЕ.

„Beaucoup de détracteurs, beaucoup plus d'indifférents, quelques rares défenseurs, tel est le sort, réservé à toute méthode nouvelle". P. Dumoret. Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin. Paris 1889 p. 54.

Среди всѣхъ вообще патологическихъ состояній половой сферы женщины заднія смѣщенія матки встрѣчаются очень часто. Такъ, Saenger [177]) находитъ, что эта болѣзненная форма встрѣчается у 15,4% всѣхъ гинекологическихъ больныхъ, Löhlein [128]) у 17,5%—18,6% B. S. Schultze [192]) у 19,8%, Ch. P. Strong [202]) у 25%. D. Оттъ [148]) около 20%, C. H. Stratz [201]) почти 19% у европейскихъ женщинъ и 60,5% у жительницъ острова Явы, а Winckel [223]) больше 19%, причемъ послѣдній на аутопсіяхъ, гдѣ могли только приниматься во вниманіе случаи смѣщеній со сращеніями, встрѣчалъ ихъ до 10%.

Такъ какъ эти неправильныя положенія матки вызываютъ очень часто у больныхъ массу тягостныхъ страданій, подчасъ буквально отравляющихъ существованіе, а леченіе ихъ составляетъ одну изъ самыхъ трудныхъ и скучныхъ задачъ, съ которыми врачамъ приходится имѣть дѣло, то съиздавна изобрѣтательность особенно практическихъ гинекологовъ изощрялась въ изысканіи какихъ-нибудь способовъ для успѣшнаго устраненія этихъ болѣзненныхъ состояній.

Само собою разумѣется, что въ этихъ стремленіяхъ своихъ врачи прежде всего остановились на тѣхъ методахъ леченія, которые обладали наибольшею безопасностью и легкостью. Таковыми конечно оказались, такъ называемыя, фармацевтическія и механическія средства, изъ которыхъ послѣднія въ формѣ различныхъ пессаріевъ до начала восьмидесятыхъ годовъ почти исключительно и примѣнялись.

Но къ сожалѣнію опытъ показалъ, что эти мирныя средства, будучи очень цѣнными для излеченія легкихъ формъ заднихъ смѣщеній матки, часто не въ состояніи были не только устранить эти патологическія состоянія, въ ихъ болѣе рѣзкой формѣ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ не приносили даже облегченія, какъ это

видно изъ статистики Saenger'a [172]), Fränkel'я [60]), Löhleina [128]), E. W. Edwards [50]) и другихъ. Предложенный для леченія заднихъ смѣщеній массажъ матки по методу Thure Brandt'a, хотя по мнѣнію Ziegenspeck'a [233]) и Gottschalk'a [66]) и даетъ прекрасные результаты, также очень часто при простыхъ даже заднихъ смѣщеніяхъ матки недостаточенъ (Debrunner [35]).

Такимъ образомъ всѣ попытки въ этомъ направленіи оказались хотя и безопасными, за то скучными, требующими большаго терпѣнія со стороны паціентки и пользующаго ее врача, а главно часто ненадежными и безполезными.

Это обстоятельство и заставило гинекологовъ въ случаяхъ безнадежныхъ, не поддающихся обыкновеннымъ способамъ леченія, обратить свое вниманіе въ другую сторону—въ сторону хирургическую. Этотъ поворотъ въ область хирургіи оказался тѣмъ разумнѣе и своевременнѣе, что, благодаря широко развившемуся ученію объ антисептикѣ и асептикѣ, хирургія успѣла зарекомендовать себя и по отношенію безопасности съ самой благопріятной стороны. Стремленія въ этомъ направленіи оказались вполнѣ удачными. На сторонѣ хирургическихъ способовъ леченія оказались нѣкоторыя значительныя преимущества. Онъ не требовалъ такихъ большихъ затратъ терпѣнія и труда со стороны больной и врача и далъ результаты во многихъ случаяхъ болѣе утѣшительные и надежные.

Этотъ хирургическій методъ леченія со времени своего введенія примѣнялся различными гинекологами въ различныхъ формахъ въ виду стремленій, до сихъ поръ не достигнутыхъ еще, не только вывести при помощи его матку изъ неправильнаго ея положенія, но дать ей новое, если и не вполнѣ соотвѣтствующее нормальному, то наиболѣе подходящее къ нормѣ, наиболѣе цѣлесообразное и, что особенно важно, наиболѣе устойчивое.

Съ этою цѣлью кромѣ многочисленныхъ влагалищныхъ операцій, предложенныхъ въ послѣдніе 20 лѣтъ противъ заднихъ смѣщеній матки (способы Schücking'a, Nicoletis'a, Saenger'a, Freund'a и пр.), предложены также многочисленныя надлобковыя операціи, которыя можно раздѣлить на 2 главныя группы: а) операціи внѣбрюшинныя и б) операціи внутрибрюшинныя:

Къ внѣбрюшиннымъ надлобковымъ операціямъ, предложеннымъ противъ заднихъ смѣщеній матки, какъ извѣстно, принадлежатъ:

1) Укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ по методу Alquié[236])—Alexander'a[235]).

2) Hysteropexia abdominalis anterior extraperitonealis, которой существуетъ 2 способа: одинъ безъ предварительнаго разрѣза

стѣнки живота Sims (Emmet: Americ. Journ. of obstetrics 1889 p. 1066)—Kelly [93]), второй съ предварительнымъ разрѣзомъ кожно-мышечно-фасціальной стѣнки до брюшины (Caneva [19]—Crespi [34]).

3) Hysteropexia vagino-pubica (Candela [18]).

Къ внутрибрюшиннымъ надлобковымъ операціямъ принадлежатъ:

1) Лапаротомія съ разрушеніемъ сращеній и позади-маточнымъ дренажемъ (Polk [153]).

2) Лапаротомія съ разрушеніемъ сращеній и съ послѣдующей операціею Alexander'a (Polk [155]).

3) Внутрибрюшное укороченіе крестцово-маточныхъ связокъ. (Способы Kelly [91] и Frommel'я [62]).

4) Внутрибрюшное укороченіе широкихъ связокъ. (Способы L'. Tait'a (Polk: Americ. Journ. of obstetrics 1889. X. p. 1066) и Imlack'a [83]).

5) Внутрибрюшное укороченіе круглыхъ связокъ. (Способы: а) Wylie [227]—Ruggi [213]); б) Bode [7]); в) Dudley'я [44]); г) Doleris'a (Baudouin: Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus. Paris. 1890. p. 191) и д) Матляковскаго [131]).

6) Hysteropexia vesicalis. (Способъ Werth'a (Kelly: International Journal of the medical Sciences 1888, p. 468).

7) Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis (Koeberlé, Olshausen, Sänger, Leopold и другіе).

Всѣ эти многочисленныя, вышеупомянутыя, надлобковыя, внутри брюшинныя операціи были изобрѣтены и рекомендованы конечно только благодаря той увѣренности и смѣлости, которая руководитъ хирургомъ со времени введенія антисептики и асептики и которая сдѣлала его полнымъ хозяиномъ въ самыхъ потаенныхъ и дотолѣ считавшихся неприкосновенными областяхъ человѣческаго тѣла.

Всѣ эти выше перечисленные способы примѣнялись не въ одинаковой степени. Большая часть изъ нихъ не находила пока послѣдователей за стѣнами операціонной, предложившаго ихъ автора.

Такъ какъ, благодаря скудному количеству данныхъ объ этихъ способахъ, трудно не только провести между ними паралель, но даже сказать что нибудь опредѣленное объ ихъ цѣлесообразности и удобовыполнимости, то я остановлюсь только на томъ способѣ, который наиболѣе часто былъ употребляемъ, о которомъ много сообщено въ литературѣ, и съ которымъ я имѣлъ возможность лично тщательно познакомиться по любезно предоставленному мнѣ проф. К. Ф. Славянскимъ клиническому матеріялу, а именно о Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis.

I.

Опредѣленіе операціи и синонимы ея.

Названіе «Hysteropexia» (отъ греческ. словъ ὑστερον-матка и πῆξις-фиксація) abdominalis anterior intraperitonealis — означаетъ операцію, которая состоитъ въ вскрытіи брюшной полости и въ фиксаціи Rsp. пришиваніи смѣщенной взадъ, или выпавшей матки при помощи одной или нѣсколькихъ лигатуръ, проведенныхъ, то черезъ само дно и тѣло матки, то черезъ прилежащія къ ней части круглыхъ и широкихъ связокъ, то черезъ культи удаленныхъ одновременно придатковъ къ задней поверхности передней брюшной стѣнки.

Hysteropexia abdominalis anterior съ точки зрѣнія оперативной техники есть операція, которая основывается на томъ фактѣ экспериментальной физіологіи, что двѣ серозныя оболочки, плотно, неподвижно и надолго соединенныя другъ съ другомъ лигатурами, при развивающемся при этомъ слипчивомъ перитонитѣ, сраcтаются быстро и прочно. Этотъ принципъ господствуетъ во всей брюшной хирургіи, будетъ-ли дѣло идти о простой ранѣ кишки или желудка, или о резекціи ихъ, или о фиксаціи какого нибудь брюшнаго органа, одного къ другому, или къ брюшной стѣнкѣ (Delagènière [36]). Во всѣхъ случаяхъ можно произвести постоянное сращеніе при помощи швовъ, или также при помощи раздражающихъ веществъ, соединяющихъ 2 серозныя оболочки.

Безъ сомнѣнія если два листка серозной оболочки прочно соединить другъ съ другомъ, то отдѣленіе ихъ со временемъ будетъ невозможнымъ и они сольются въ одинъ. Но если соединить между собою два органа, одѣтые серозною оболочкою, то они независимо отъ склейки ихъ серозныхъ покрововъ сохранятъ относительную, болѣе или менѣе значительную подвижность, ибо хотя серозные покровы и будутъ прочно сращены, но эти сращенія съ теченіемъ времени, сохраняя свою стойкость, способны въ извѣстной мѣрѣ растягиваться, сама же серозная оболочка можетъ до нѣкоторой степени такъ сказать отслаиваться отъ органовъ, которые она покрываетъ (Delagénière [36]). Что же касается соединенія матки съ переднею брюшною стѣнкою, то здѣсь отслаиваніе серозной оболочки происходитъ почти исключительно на счетъ отдѣленія паріетальнаго листка брюшины отъ передней брюшной стѣнки.

Названіе «Hysteropexia» для операціи, о которой идетъ рѣчь, предложено Trelat[217]). Такъ какъ слово «Hysteropexia» означаетъ всякую фиксацію матки, то Baudouin [2]) для большей ясности и правильности справедливо прибавилъ abdominalis anterior intraperitonealis.

Чтобы отмѣтить первый случай этой операціи нужно вернуться къ 1869 году, когда французскій хирургъ Koeberlé [106]) произвелъ ее и впослѣдствіи описалъ подъ названіемъ: «Gastrotomie avec fixation de la matrice d'une façon permanente à la paroi abdominale».

Не смотря на недавность происхожденія эта операція очень богата синонимами. Olshausen [143]) называетъ ее «Ventrale fixation», или просто «Ventrofixation»; также называетъ ее большинство нѣмецкихъ гинекологовъ. H. Kelly [89]) пользуется терминомъ «Hysterorrhaphia» (ὕστερον-матка; ῥαφή-шовъ), за нимъ послѣдовало большинство американскихъ и англійскихъ хирурговъ. M. Sänger [172]) замѣтилъ, что нужно называть ее «Gastrohysterorrhaphia» или лучше «gastrohysterosynaphia (συνάφεια-соединеніе), Онъ употребляетъ также терминъ «antefixatio uteri», иногда также онъ пользуется названіемъ «uterorrhaphia». Czerny [32]) называетъ ее «hysterorrhaphia venttalis anterior», Trélat [217]), какъ мы сказали уже, «hystéropexie», Pozzi [158]); gastrohystéropexie», Polaillon [162]) «utéropexie», Tillaux [215]) «utérorrhaphie», Terrier (Baudouin loc. cit p. 13) «laparohystérorrhaphie», Segond [180]) «symphyse utéropariétale», Dumoret [46]) «laparohystéropexie» Delagénière [36]) «hystéropexie», или «suspension de l'utérus à la paroi abdominale», M. Baudouin [2]) «uterofixation abdominale antérieure» или, какъ это мы уже сказали, «hystéropexie abdominale anterieure intrapéritonéale».

Русскіе авторы, писавшіе объ этомъ предметѣ, одни называютъ ее «Ventrofixatio», другіе «hysteropexia (hysteropexis) abdominalis anterior».

Такъ какъ названіе «Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis» лучше всего объясняетъ, въ чемъ состоитъ операція, то мы считаемъ возможнымъ на немъ остановиться. По русски мы будемъ называть эту операцію «пришиваніемъ матки къ передней брюшной стѣнкѣ при посредствѣ чревосѣченія» или «брюшнымъ укрѣпленіемъ матки».

II.

Историческій очеркъ операціи.

При оваріотоміяхъ съ внѣбрюшиннымъ укрѣпленіемъ ножки яичниковой кисты операторамъ часто приходилось наблюдать благопріятныя послѣдствія этого метода на заднія смѣщенія матки т. е. что матка, бывшая до операціи въ состояніи наклоненія или перегиба взадъ, послѣ укрѣпленія культи кисты въ брюшной ранѣ оказывалась въ состояніи наклоненія или перегиба впередъ. Отсюда естественно возникла идея при случаяхъ чревосѣченій, произведенныхъ изъ-за другихъ причинъ, высвободить матку изъ ея неправильнаго положенія и пришивать этотъ органъ къ брюшной стѣнкѣ при посредствѣ широкихъ связокъ съ удаленіемъ яичниковъ, или безъ таковаго, или прямо на уровнѣ дна.

Первая операція этого рода принадлежитъ страсбургскому хирургу E. Koeberlé [106]). 27 марта 1869 года въ одномъ случаѣ невправимаго перегиба матки взадъ, вызвавшаго явленія occlusionis intestinalis chronicae и неподдававшагося никакимъ лечебнымъ мѣрамъ, онъ произвелъ чревосѣченіе съ цѣлью уничтожить причину ileus, выпрямилъ матку и, чтобы воспрепятствовать навсегда возобновленію перегиба ея взадъ, онъ укрѣпилъ широкую связку лѣвой стороны посредствомъ лѣвой трубы и лѣваго яичника, большую часть котораго онъ удалилъ, въ нижнемъ углу раны. Результатъ получился прекрасный. Матка стойко сохраняла свое положеніе, удерживаясь своимъ лѣвымъ угломъ у брюшной стѣнки за все время наблюденія за больною Koeberlé т. е. до 1875 года. Первое описаніе этой операціи сдѣлано A. von Schetelig'омъ [182]) Описаніе операціи самимъ Koeberlé появилось in extenso только въ 1877 году.

M. Sims [193]), не зная совершенно объ операціи произведенной Koeberlé, 18 февраля 1875 г. у женщины съ подвижнымъ перегибомъ матки взадъ, страдавшей невральгіею лѣваго яичника, дисменорреею и меноррагіями, которая не могла никоимъ образомъ быть излечена отъ своихъ страданій, сдѣлалъ чревосѣченіе, удалилъ кистовидно перерожденный лѣвый яичникъ и ножку его укрѣпилъ въ нижнемъ углу брюшнаго разрѣза. Исходъ операціи былъ отличный. Больная совершенно выздоровѣла, и матка удерживалась въ нормальномъ положеніи.

«Когда я производилъ эту операцію, говоритъ Sims, то я полагалъ, что я первый производилъ ее для излеченія перегиба матки взадъ, но это была ошибка. E. Koeberlé изъ Страсбурга первый предвзялъ идею ея и первый ее выполнилъ».

Ободренный успѣхомъ первой операціи, M. Sims произвелъ ее

вторично въ февралѣ 1876 г. какъ дополненіе операціи Battey'я, произведенной на обоихъ яичникахъ у больной съ перегибомъ матки взадъ, страдавшей многолѣтнею яичниковою невральгіею. Культи обоихъ удаленныхъ яичниковъ онъ укрѣпилъ въ нижнемъ углу разрѣза. Больная умерла отъ перитонита на 7-ой день послѣ операціи.

Немного позже Schroeder [187]) излечилъ больную перегибомъ матки взадъ, осложненнымъ хореею, и имѣвшую правостороннюю кисту яичника величиною въ утиное яйцо, отъ перегиба матки и хореи, сдѣлавъ оваріотомію и вшиваніе ножки кисты въ брюшную рану 29 мая 1878 г.

Kaltenbach [86]) первый при выпаденіи матки, осложненномъ большой, подбрюшинной, полипозной міомой дна матки, произвелъ лапаротомію, экстирпировалъ міому и фиксировалъ дно приподнятой матки въ брюшной ранѣ посредствомъ ножки опухоли 2 декабря 1876 г.

Затѣмъ P. Müller [136]), при выпаденіи матки, послѣ того какъ предварительно въ 2 случаяхъ выпаденій, осложненныхъ фиброміомами, онъ экстирпировалъ фиброиды съ верхнею частью тѣла матки и вшивалъ культю въ брюшную рану, предложилъ по I. Rendu экстирпацію 2-хъ верхнихъ третей тѣла матки и вшиваніе культи въ рану, какъ самостоятельную операцію для излеченія выпаденія матки.

Ему подражалъ Kühn [109]), который въ 1881 году при выпаденіи экстирпировалъ часть дна матки и вшивалъ его въ брюшную рану.

L. Tait [203]) у больной съ сильно выраженнымъ перегибомъ матки взадъ, осложненнымъ метритомъ и оофоритомъ, у которой Graily Hewitt употребилъ все свое искусство механическаго леченія безъ малѣйшей пользы, произвелъ чревосѣченіе, удалилъ измѣненные яичники и, закрывая брюшную рану, провелъ лигатуру черезъ дно матки и прикрѣпилъ ее къ брюшной стѣнкѣ 26 февраля 1880 года, а 9 апрѣля того-же года онъ снова сдѣлалъ эту операцію при кастраціи, произведенной по поводу сильныхъ кровотеченій и боли, при хроническомъ оофоритѣ и фундальномъ метритѣ.

Одновременно съ L. Tait'омъ, а можетъ быть даже и немного раньше его, по Dudley'ю [44]) G. Thomas при лапаротоміи, произведенной изъ-за другихъ причинъ, при одновременно существующемъ перегибѣ матки взадъ, провелъ лигатуру изъ желѣзной проволоки черезъ дно матки, фиксировалъ ее такимъ образомъ къ передней брюшной стѣнкѣ и думалъ, что ему всецѣло принадлежитъ первенство этой операціи, хотя онъ и не опубликовалъ своего случая.

Hennig [76—77]) въ 1881 году по причинѣ сильныхъ кровотеченій произвелъ кастрацію и вшилъ правую связку яичника и лѣвую широкую связку матки въ покровы противъ повторяющагося отклоненія матки взадъ.

Въ то же время Bardenheuer (Franck: Centr. für gynäk. 1886 № 41 p 667) произвелъ нѣсколько подобныхъ операцій во время кастраціи, при чемъ вытянутыя черезъ брюшные покровы культи, состоящія изъ трубъ и круглыхъ связокъ, онъ приживлялъ въ ранѣ.

Къ первымъ, которые пошли по слѣдамъ Koeberlé принадлежитъ также Klotz [100]), который сообщаетъ, что онъ, начиная съ 1883 года, производилъ фиксацію матки къ передней брюшной стѣнкѣ посредствомъ чревосѣченія, не только какъ дополнительную операцію при удаленіи измѣненныхъ придатковъ, но и какъ самостоятельную при приращенныхъ смѣщеніяхъ матки взадъ, которыя для другихъ средствъ оставались «noli me tangere». Хотя Klotz и получилъ нѣсколько неуспѣховъ при фиксаціи матки, но благодаря асептическому теченію своихъ случаевъ онъ существенно содѣйствовалъ дальнѣйшему распространенію малоизвѣстной до сего времени hysteropex'іи въ Германіи и вызвалъ рядъ преній по этому вопросу.

Skene Keitch [88]) у женщины, страдавшей отклоненіемъ матки взадъ и диспепсіей вслѣдствіе рефлекторнаго невроза пищеварительнаго аппарата, послѣ безуспѣшно произведенной Alexander'овской операціи въ маѣ 1885 года произвелъ кастрацію и правую широкую связку укрѣпилъ въ нижнемъ углу раны. Исходъ получился прекрасный.

Съ 1885 года производятъ эту операцію какъ дополнительную при чревосѣченіяхъ, предпринятыхъ изъ-за другихъ причинъ: Staude [199]), Czerny [33]), Prochownick [164]) Olshausen [143]) и другіе. Въ большинствѣ этихъ случаевъ матка по крайней мѣрѣ вскорѣ послѣ операціи сохраняла вновь приданное ей положеніе и припадки, связанные съ перегибомъ назадъ, были устранены.

Но все это были единичные случаи безъ опредѣленнаго метода, изъ которыхъ многіе оставались пока даже не опубликованными.

Olshausen'у [143]) принадлежитъ заслуга, что онъ первый въ своей рѣчи, читанной въ гинекологической секціи 59-го Съѣзда Нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Берлинѣ (20 Сентября 1886 г.), познакомилъ съ нею собравшихся врачей и въ строго выработанной системѣ изложилъ показанія къ ея примѣненію.

Когда онъ возбудилъ этотъ вопросъ о фиксаціи матки посредствомъ чревосѣченія, онъ дѣйствительно подчеркнулъ то обстоятельство, что онъ не желалъ-бы дать операціи слишкомъ большаго

распространенія, но напротивъ считаетъ, что она можетъ быть умѣстна только въ единичныхъ и безъ нея отчаянныхъ случаяхъ при приращенныхъ перегибахъ матки взадъ и при выпаденіи, но при этомъ онъ вмѣстѣ указалъ на то, что подобное простое чревосѣченіе можетъ быть произведено съ почти вѣрнымъ исключеніемъ послѣдующей sepsis.

Этотъ докладъ значительно выдвинулъ впередъ вопросъ объ этой операціи и во время дебатовъ по поводу доклада Olshausen'а было обнародовано еще нѣсколько случаевъ присутствующими членами съѣзда.

Послѣ доклада Olshausen'а нѣкоторое время въ Европѣ не было работъ по этому предмету, за то по ту сторону Атлантическаго океана H. Kelly [89]) въ работѣ, вышедшей вскорѣ послѣ работы Olshausen'а, и въ которой послѣдняя уже упоминается, сообщаетъ объ оперированномъ имъ успѣшно случаѣ перегиба матки взадъ съ двустороннимъ заболѣваніемъ придатковъ, который онъ наблюдалъ, не зная еще о работѣ Olshausen'а. Kelly сначала весною 1884 года произвелъ правостороннюю кастрацію per vaginam, а въ Апрѣлѣ 1885 года лѣвостороннюю per laparotomiam. Культя при помощи 2 шелковыхъ лигатуръ была прикрѣплена къ брюшной стѣнкѣ. Kelly одновременно описалъ два, неопубликованные до сихъ поръ, случая Sängera—кастраціи съ пришиваніемъ широкихъ связокъ къ брюшной стѣнкѣ. Далѣе Kelly распространяется еще относительно исторіи, техники и круга примѣненія операціи, который онъ желалъ бы видѣть чрезвычайно обширнымъ, требуя ее не только для всѣхъ случаевъ кастраціи при одновременномъ существованіи длительнаго смѣщенія матки взадъ, но и для всякаго вообще упорнаго перегиба матки взадъ, который остается неизлечимымъ, не смотря на долго примѣнявшееся леченіе со стороны влагалища.

Въ началѣ октября 1887 года является обстоятельный докладъ Klotz'а [99—100]), объ оперированныхъ имъ случаяхъ, а вскорѣ послѣ этого прекрасная работа Sängera, [172]) въ которой онъ сообщаетъ о 7 оперированныхъ имъ случаяхъ, приводитъ краткую исторію операціи, примѣняемые до его временъ оперативные способы и даетъ показанія къ операціи, при чемъ важно, что онъ рекомендуетъ Hysteropex'ію, какъ самостоятельную и вполнѣ законную операцію не только при приращенныхъ смѣщеніяхъ матки взадъ, какъ Olshausen и Klotz, но и при тяжелыхъ формахъ подвижныхъ загибовъ матки взадъ, при чемъ онъ приводитъ 2 свои случая чистой Hysterepex'іи при подвижномъ перегибѣ матки взадъ, одинъ вслѣдствіе дисменорреи, а другой послѣ не-

удачной операціи Alexandera, въ которыхъ операція дала очень благопріятные результаты.

Въ 1888 году являются важныя работы по этому предмету Leopolda, [119—121]) Czerny [32]) и Schauta, [181]) которые, подобно Sänger'у и Kelly, считаютъ Hysteropex'ію законной и показанной не только при фиксированныхъ заднихъ смѣщеніяхъ матки, но и при тяжелыхъ формахъ подвижныхъ смѣщеній матки взадъ, причемъ Leopold одновременно съ Sänger'омъ произвелъ ее, какъ первичную операцію при подвижной ретрофлектированной маткѣ въ концѣ 1886 г.

Итакъ Olshausen [143]), Klotz [100]), Sänger [172]), Kelly [89]), Czerny [32]), и Leopold [119]) пришиваніе матки безъ искалеченія женщины путемъ кастраціи сдѣлали самостоятельной операціей и тѣмъ дали большой толчекъ консервативной гинекологіи, ибо, уничтожая болѣзненные симптомы, они не уничтожали potentiam generandi. Со времени ихъ работъ за hysteropexi'ею признано многими гинекологами право гражданства.

Съ тѣхъ поръ во многихъ нѣмецкихъ гинекологическихъ обществахъ появлялись частые доклады по этому вопросу и велись оживленныя пренія, въ которыхъ принимали участіе Klotz [102—103]), Korn [107]), Leopold [120]), Olshausen [145]), Sänger [174]), Schramm [183—184]), Marschner [130]), Bode [4—5]) и другіе. Особенно важныя пренія имѣли мѣсто на конгрессѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ Фрейбургѣ въ 1889 г. по поводу доклада Küstnera [111]), причемъ въ дебатахъ принимали участіе Frommel [63]), Sänger [176]), Leopold [241]), Skutsch [190]), Hegar [74]) и въ Берлинскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ въ томъ же году вслѣдъ за докладомъ Veit'a [221]), въ которомъ приняли участіе E. Cohn [28]), Odebrecht [142]), Gusserow [69]), Bröse [16]), Gottschalk [66]), Olshausen [146]), Martin [129]).

H. Kelly [91]) въ 1888 году опубликовалъ новую работу о Hysteropex'іи и съ тѣхъ поръ въ американскихъ гинекологическихъ обществахъ, подобно тому какъ и въ нѣмецкихъ, являются сообщенія по этому вопросу C. Lee [116—117]), Polk'a [154]), Boldt'a [8—10]), Munde [137]), Wylie [226]), Stronga [202]), Coe [25]) и другихъ.

Во Франціи первую hysteropex'ію послѣ Koeberlé произвелъ F. Terrier [206]) въ 1888 году, а вслѣдъ за тѣмъ L. Picqué [150]) и сообщилъ объ ней сейчасъ-же въ засѣданіи парижскаго хирургическаго общества.

Такъ какъ вопросъ объ этой операціи въ то время былъ выдвинутъ на очередь въ Германіи и Америкѣ, то референтъ доклада Picqué S. Pozzi [160]) сдѣлалъ краткую, но почти полную исторію этой операціи и высказалъ свое мнѣніе относительно ея показаній.

Сообщеніе Picqué, равно какъ и докладъ Pozzi привели къ

обнародованію случаевъ Terrier [206—207], Routier [171] и Lucas-Championnière'a [20—21] и къ довольно оживленнымъ дебатамъ въ парижскомъ хирургическомъ обществѣ, въ которыхъ кромѣ вышеназванныхъ хирурговъ принимали также участіе Desprès [40], Trélat [217], Segond [180] и другіе.

Эти пренія повидимому способствовали сильному распространенію hysteropex'іи во Франціи.

Нужно упомянуть еще, что въ 1889 году появилась работа Spaeth'a [197] по этому вопросу, въ которой онъ приводитъ 15 случаевъ, оперированныхъ Prochownick'омъ, диссертація Dumoret [46] о hysteropex'іи при выпаденіяхъ матки и обстоятельный докладъ Leopold'a въ Дрезденскомъ гинекологическомъ обществѣ.

Изъ дальнѣйшихъ работъ по этому вопросу нужно упомянуть о сообщеніяхъ Veit'a [222], Jacobs'a [84], Fraipont'a [57—58], Dudley'я [44], Boldt'a [11], Polk'a [156], Klotz'a [105], о 3-ьей работѣ Kelly [94], о работахъ Heidenreich'a [79] Debrunner'a [35], Delagénière'a [36], Küstner'a [112], Präger'a [163], Gottschalk'a [64—65], Sperling'a [198], Fehling'a [55], Flaischlen'a [244], о новыхъ сообщеніяхъ Leopold'a [124—125] и Sänger'a [179], появившихся въ 1890 и 1891 гг. и особенно о очень подробной и обширной монографіи M. Baudouin'a [2], выпущенной имъ въ іюнѣ 1890 года, въ которой авторъ собралъ все извѣстное въ литературѣ о hysteropex'іи и надлобковыхъ операціяхъ до половины 1890 года и привелъ 15 неопубликованныхъ нигдѣ случаевъ hysteropex'іи, произведенныхъ во Франціи.

Главную часть этой работы составляетъ: 1) общее разсужденіе о различныхъ хирургическихъ мѣрахъ, употребляемыхъ для устраненія заднихъ смѣщеній матки, 2) историческій обзоръ, какъ внѣ, такъ и внутри-брюшинныхъ hysteropex'ій съ ихъ показаніями и противопоказаніями, 3) оперативная техника всѣхъ надлобковыхъ операцій какъ внѣ, такъ и внутрибрюшинныхъ и 4) полученные результаты послѣ внутрибрюшинныхъ hysteropex'ій. Въ концѣ работы въ видѣ 2-хъ таблицъ помѣщены случаи какъ первичныхъ въ числѣ 78, такъ и дополнительныхъ hysteropex'ій, въ числѣ 157, опубликованныхъ до этого времени и полный библіографическій указатель.

Эта работа можетъ быть рекомендована всякому, кто желаетъ имѣть полную исторію этихъ операцій и ихъ литературу до половины 1890 г., но она была бы гораздо полезнѣе для средняго числа читателей, если была бы сокращена по крайней мѣрѣ на половину.

Для насъ эта работа оказалась тѣмъ болѣе важною, что, убѣдившись въ почти безукоризненной ея вѣрности, мы могли приводить изъ нея нѣкоторыя литературныя данныя, которыхъ мы не

могли найти въ доступныхъ намъ библіотекахъ. Кромѣ того мы не привели въ нашихъ таблицахъ, собранныхъ имъ изъ литературы случаевъ, за исключеніемъ 6 случаевъ русскихъ авторовъ.

Изъ работъ русскихъ авторовъ мы должны указать на статьи Engströma [51—52]), Toerngren'a [213—214]), Матляковскаго [132]), на сообщеніе Ляхницкаго [127]), лекцію Küstner'a [112]), и особенно на докладъ проф. Славянскаго [195]) въ с.-петербургскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ.

Первую дополнительную hysteropex'ію при выпаденіи матки произвелъ въ Россіи проф. Славянскій [195]) 20 февраля 1885 г. Первую первичную hysteropex'ію при выпаденіи произвелъ Küstner 20 сентября 1888 г. (J. Grünberg: Ein Beitrag zur Behandlung complicirter Retroflexionen. u. Prolapse. Diss. inaug. Dorpat 1890 p. 36). Первичную hysteropex'ію при заднемъ смѣщеніи матки произвели почти одновременно проф. Славянскій [194]) и Küstner (J. Grünberg. loc. cit. p. 41), первый при подвижномъ, второй при фиксированномъ перегибѣ матки взадъ, въ началѣ 1889 года.

До настоящаго времени въ Россіи опубликовано 17 случаевъ Hysteropex'іи при заднихъ смѣщеніяхъ матки, изъ нихъ 7 дополнительныхъ и 11 первичныхъ и 16 случаевъ Hysteropex'іи при выпаденіи.

III.

Техника операцiи.

Обращаясь теперь къ технической сторонѣ разбираемой нами операцiи, слѣдуетъ прежде всего замѣтить, что въ извѣстномъ рядѣ случаевъ чревосѣченiе производится съ исключительною цѣлью для устраненiя неправильнаго положенiя матки. Въ такомъ случаѣ Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis будетъ преднамѣренной, дѣйствительной, истинной, первичной гистеропексiей (Ventrofixatio ad hoc нѣмецкихъ авторовъ, Hystéropexie de parti-pris, de propos délibéré—французскихъ); или же она можетъ быть произведена, какъ добавочная операцiя при чревосѣченiи, предпринятомъ по другой причинѣ, въ особенности при чревосѣченiяхъ, производимыхъ изъ-за заболѣванiй придатковъ, опухолей матки, если одновременно существуетъ неправильное положенiе этой послѣдней,—тогда она будетъ дополнительною, случайною, вторичною гистеропексiею (hystéropexie complémentaire, fortuite, supplémentaire французскихъ авторовъ).

Консервативной гистеропексiею (Konservative Ventrofixation Sänger'a) называется всякая гистеропексiя съ сохраненiемъ придатковъ одной, или обѣихъ сторонъ, независимо отъ того была-ли матка подвижна или фиксирована, а подъ чистой гистеропексiею (reine Ventrofixation Sänger'a) понимается операцiя при вполнѣ подвижной маткѣ съ сохраненiемъ обоюдостороннихъ придатковъ.— Всякую первичную гистеропексiю можно разсматривать какъ операцiю, состоящую изъ 2-хъ главныхъ частей: 1) изъ чревосѣченiя, 2) пришиванiя матки къ передней брюшной стѣнкѣ въ тѣсномъ смыслѣ слова, и потому она должна состоять изъ слѣдующихъ 4-хъ главныхъ моментовъ: а) вскрытiя брюшной полости, б) изслѣдованiя тазовыхъ органовъ, разрушенiя фиксирующихъ матку сращенiй, если таковыя имѣются, и приведенiя матки къ передней брюшной стѣнкѣ, в) пришиванiя матки тѣмъ или другимъ способомъ и г) закрытiя брюшной раны послѣ соотвѣтственнаго туалета брюшной полости.

Не останавливаясь на томъ, что обстановка операцiи, какъ и всякаго чревосѣченiя, или еще болѣе—какъ каждаго хирургическаго вмѣшательства, должна быть строго асептична, мы разсмотримъ каждый моментъ операцiи отдѣльно.

Первый моментъ. Разрѣзъ брюшной стѣнки производится по правиламъ присущимъ всѣмъ чревосѣченiямъ по бѣлой линiи. Длина разрѣза не должна быть очень мала, такъ какъ часто для изслѣдованiя тазовыхъ органовъ и разрушенiя сращенiй, удержи-

вающихъ матку въ ея неправильномъ положеніи, приходится вводить въ брюшную полость цѣлую руку. Впрочемъ, если разрѣзъ окажется слишкомъ малымъ, его всегда можно увеличить. Нѣкоторые хирурги какъ H. Kelly [94]), Boldt [8]), Faucon [54]), Матляковскій [131]), Picqué (Baudouin loc. cit, p. 41) предпочитаютъ очень небольшой брюшной разрѣзъ, около 3—4 сантим. длины, чтобы избѣжать слишкомъ длиннаго рубца, и тѣмъ самимъ не уменьшать резистенціи брюшной стѣнки и вслѣдствіе этого имѣть меньше шансовъ на послѣдующую брюшную грыжу, но Czerny [32]), думаетъ, что образованіе брюшной грыжи зависитъ больше всего отъ неприведенія въ тѣсное соприкосновеніе краевъ фасцій бѣлой линіи, а не отъ длины рубца.

Второй моментъ: изслѣдованіе органовъ малаго таза, разрушеніе фиксирующихъ матку сращеній, если таковыя имѣются, и приведеніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ. — По вскрытіи брюшной стѣнки и остановкѣ кровотеченія изъ раны, вводятся тщательно дезинфицированные указательный и средній пальцы правой руки, или даже цѣлая рука, въ брюшную полость, и изслѣдуется топографія органовъ малаго таза. Первоначально, конечно, обращается вниманіе на положеніе матки и отношеніе ея къ придаткамъ, вмѣстѣ съ тѣмъ опредѣляются и существующія въ нихъ измѣненія, а также и фиксирующія матку и придатки сращенія. Обыкновенно здѣсь можетъ встрѣтиться одно изъ двухъ: а) присутствіе крѣпкихъ сращеній, которыя удерживаютъ матку въ ея неправильномъ положеніи; придатки въ этомъ случаѣ обыкновенно бываютъ измѣнены; если заболѣванія придатковъ сильно выражены, что обыкновенно по Leopold'у [123]), бываетъ послѣ гонорройнаго и пуэрперальнаго зараженія, то или всѣ придатки, или нѣкоторые изъ нихъ надо удалить; если же измѣненія ихъ незначительны, то слѣдуетъ ихъ оставить, потому что, послѣ разрушенія сращеній и исправленія неправильнаго положенія матки, они могутъ не только сдѣлаться стаціонарными, но и принять обратное развитіе (Küstner [112]), Polk [152—153]), Boldt [11]) и другіе); б) отсутствіе сращеній, или они очень незначительны и легко разрушаемы, и матка въ такихъ случаяхъ болѣе или менѣе подвижна въ маломъ тазу, оставаясь все-таки въ неправильномъ положеніи. Въ такомъ случаѣ придатки по большей части бываютъ совершенно здоровы, или же измѣненія ихъ незначительны.

При отсутствіи сращеній, при здоровыхъ придаткахъ, остается только приподнять матку, привести ее въ соприкосновеніе съ брюшной стѣнкой и произвести пришиваніе матки въ тѣсномъ смыслѣ слова. При присутствіи же сращеній, при измѣненныхъ придаткахъ, нужно прежде всего осторожно разрушить сращенія

и, смотря по измѣненіямъ придатковъ, удалить ихъ, или оставить, а затѣмъ только фиксировать выпрямленную матку къ передней брюшной стѣнкѣ.

Разрушеніе пельвиперитонитическихъ сращеній можетъ быть произведено двоякимъ путемъ: а) при помощи ручнаго раздѣленія ихъ и б) при помощи инструментовъ. Обыкновенно отдѣленіе ихъ производится при помощи давленія пальцами во время изслѣдованія полости малаго таза, если они не очень плотны и не многочисленны, при чемъ, какъ указываетъ Leopold [123]), нужно держаться плотно серознаго покрова матки. Если они многочисленны, плотны и широки, то этотъ моментъ операціи вслѣдствіе глубины, въ которой оперируютъ, и опасности поранить сосѣдніе органы представляется очень труднымъ, такъ что иногда приходится даже отказаться отъ дальнѣйшихъ попытокъ разрушенія ихъ и оставить операцію неоконченной, какъ это случилось Munde [137]), Leopold'у [198]) и Küstner'у [68]), такъ какъ невозможно было высвободить матку, яичники и трубы изъ сращеній безъ опасности поврежденія ихъ. Однако въ большинствѣ случаевъ достаточно бываетъ ручнаго разрушенія и этихъ плотныхъ сращеній. Такъ Klotz [100]) говоритъ: «всякое сращеніе при чревосѣченіи я разрушаю рукою, такъ какъ ножъ потребовалъ-бы трудныхъ перевязокъ въ глубинѣ малаго таза, а венозныхъ кровотеченій, происходящихъ вслѣдствіе ручнаго разрушенія сращеній, опасаться нечего». Вообще однако при толстыхъ и плотныхъ сращеніяхъ не надо употреблять насилія, такъ какъ опасность пораненія сосѣднихъ органовъ слишкомъ велика (Leopold [123]).

Ручное разрушеніе сращеній нужно производить, какъ можно осторожнѣе и потому, что нѣкоторые изъ пельвиперитонитическихъ тяжей, хотя впрочемъ и очень рѣдко, могутъ заключать довольно крупные сосуды, которые, будучи разорваны, могутъ дать довольно серьезное, хотя и не опасное кровотеченіе, какъ это случилось у Klotza [99—100]), Prägera [163]), Strong'a [202]), Picqué (Baudouin loc. cit p. 43) Pozzi (ibidem p. 386), и Boldt'a [11]).

Послѣднему хирургу для остановки кровотеченія пришлось производить внутрибрюшную тампонаду изъ іодоформенной марли, и влагалищную тампонаду, какъ противодавленіе, впродолженіи 24 часовъ. Обыкновенно же послѣ ручнаго раздѣленія даже и довольно широкихъ перитонитическихъ склеекъ кровотеченіе бываетъ самое незначительное, легко останавливаемое простымъ прижатіемъ шарикомъ изъ іодоформенной марли, или губкою на губкодержателѣ.

Нельзя однако отрицать, что могутъ встрѣтиться и такіе плотные тяжи, которые не будутъ поддаваться ручному разрушенію, и которые придется разрѣзать ножемъ, или ножницами, какъ это встрѣчалось Boldt'у [11]), Olshausen'у [143]) Flaischlen'у [244]) и дру-

гимъ, даже послѣ предварительной перевязки ихъ съ обѣихъ сторонъ, хотя вообще кровотеченіе при разрѣзываніи плотныхъ тяжей незначительно (Leopold [123]).

O. Küstner утверждаетъ, что при всякомъ фиксированномъ смѣщеніи матки взадъ необходимо отдѣлять сращенія безкровно при помощи термокаутера Paquelin'а. Вотъ какія преимущества такого отдѣленія сращеній выставляетъ самъ Küstner: [111—112]) «послѣ произведеннаго чревосѣченія разрушать сращенія лучше всего при помощи каленаго желѣза. Можно такимъ образомъ произвести отдѣленіе сращеній на томъ именно мѣстѣ, гдѣ это желательно, между тѣмъ какъ при тупой силѣ, какъ напр. при попыткѣ раздавить сращенія между пальцами, является возможность раненія не самихъ тяжей, а ихъ прикрѣпленій,—въ такомъ случаѣ болѣе или менѣе значительное кровотеченіе представляется неизбѣжнымъ, равнымъ образомъ разрѣзаніе ножницами, или ножемъ влекутъ за собою кровотеченія, которыя въ свою очередь, если даже дренировать брюшную полость по Klotz'у приводятъ къ образованію новыхъ ложныхъ перепонокъ во время выздаравливанія;—образованія же новыхъ склеекъ слѣдуетъ болѣе всего избѣгать: отдѣлять старыя сращенія и создавать условія для образованія новыхъ, и къ тому же еще на томъ же мѣстѣ, и имѣющихъ слѣдовательно тоже клиническое значеніе на столько же нелогично, какъ работа Данаидъ. Только, раздѣляя сращенія при помощи каленаго желѣза, можно быть до извѣстной степени увѣреннымъ, что не получится послѣдовательнаго кровотеченія, и что слѣдовательно не произойдетъ отложенія новыхъ продуктовъ воспаленія позади матки. Кромѣ того раскаленный наконечникъ термокаутера хорошо освѣщаетъ во время разрушенія сращеній полость таза и лежащіе въ немъ органы и тѣмъ самимъ помогаетъ находить и разрушать сращенія».

Послѣ разрушенія сращеній, которое нужно производить какъ можно совершеннѣе, удаляютъ тѣ изъ придатковъ, которые сильно измѣнены и затѣмъ, выведя матку изъ ея неправильнаго положенія, приведя ее къ передней брюшной стѣнкѣ къ нижнему углу разрѣза и удерживая ее въ этомъ положеніи или зондомъ (Laroyenne по Audry [1]) или рукою помощника per vaginam, (большинство хирурговъ), или пулевыми щипцами, захватывая ими заднюю поверхность дна матки (Pozzi [158] Picqué [151]), или шелковымъ швомъ, проведеннымъ въ продольномъ направленіи черезъ дно (Terrier [204]), или особо устроенными щипцами, въ которыя захватываютъ матку (Küstner [112]), пришиваютъ ее къ брюшной стѣнкѣ тѣмъ или другимъ путемъ.

Здѣсь же мы должны замѣтить, что Laroyenne по Audry [1]) производитъ выпрямленіе матки послѣ вскрытія брюшной полости

при помощи маточнаго зонда, стараясь совершенно не вводить въ брюшную полость пальцевъ, такъ какъ этотъ маневръ по его мнѣнію дѣлаетъ операцію болѣе тяжелою. Большинство же хирурговъ того мнѣнія, что, разъ производится чревосѣченіе изъ-за неправильнаго положенія матки, необходимо знать навѣрно, не представляетъ-ли матка и ея придатки какихъ нибудь измѣненій, которыхъ нельзя было опредѣлить per vaginam, и потому введеніе, если не всей руки, то по крайней мѣрѣ 2 пальцевъ для изслѣдованія придатковъ по ихъ мнѣнію необходимо.

Третій моментъ операціи—фиксація матки къ передней брюшной стѣнкѣ въ тѣсномъ смыслѣ слова.

Какъ ни ново еще пришиваніе смѣщенной взадъ матки, однако же выборъ оперативной техники не совсѣмъ легокъ, такъ какъ число предложенныхъ способовъ довольно велико, и потому для большей ясности мы подобно другимъ, писавшимъ объ этомъ предметѣ, раздѣлимъ эти различные способы на 3 группы: 1) Способы, въ которыхъ непосредственно пришивается дно и тѣло самой матки къ брюшной стѣнкѣ—непосредственная фиксація, 2) способы, въ которыхъ матка удерживается въ соприкосновеніи съ брюшною стѣнкою вслѣдствіе пришиванія къ ней ея связокъ, или культей, удаленныхъ одновременно придатковъ—фиксація непосредственная и посредственная, и наконецъ 3) способы, которые состоятъ въ комбинаціи двухъ первыхъ способовъ, т. е. одновременная непосредственная+посредственная фиксація, и въ другихъ комбинаціяхъ.

Но прежде чѣмъ приступить къ описанію отдѣльныхъ способовъ мы замѣтимъ, что Terrier [204]), Czerny [32]), Dumoret [46]), Boldt [11]), и др. указываютъ на то, что нужно различать фиксацію матки при заднихъ смѣщеніяхъ ея отъ фиксаціи при выпаденіи. При заднихъ смѣщеніяхъ матки достаточно привести ее въ тѣсное соприкосновеніе съ пристѣночной брюшиной посредствомъ одного, или двухъ швовъ, за исключеніемъ единичныхъ случаевъ, гдѣ матка имѣетъ ясное стремленіе упасть назадъ въ Дугласово пространство, или гдѣ невполнѣ разрушенныя сращенія оттягиваютъ ее обратно назадъ, гдѣ уголъ флексіи атрофированъ до извѣстной, замѣтной степени, или гдѣ естественныя, поддерживающія матку, связки ослаблены и атрофированы до такой степени, что нельзя положиться на ихъ послѣдующую физіологическую полезность. Напротивъ при выпаденіи матки и въ вышеупомянутыхъ, исключительныхъ случаяхъ заднихъ смѣщеній ея необходима болѣе тѣсная и болѣе прочная фиксація, чтобы вызвать такимъ образомъ гораздо большее сращеніе, которое необходимо для удержанія матки въ приданномъ ей положеніи. Boldt [11]) различаетъ даже подвѣшиваніе матки въ

первомъ случаѣ (вентральная суспенсія), отъ фиксаціи ея во второмъ (вентральная фиксація). Veit[222]) также говоритъ, что цѣль наша при Ventrofixatio uteri retroflecti должна заключаться въ томъ, чтобы образованіе сращеній съ увѣренностью ограничить минимальнымъ количествомъ.

Теперь мы перейдемъ къ разсмотрѣнію каждой изъ трехъ группъ фиксаціи матки, на которыя мы раздѣлили всѣ способы брюшнаго укрѣпленія ея.

А) *Первая группа—способы непосредственнаго пришиванія матки къ брюшной стѣнкѣ.*

Это самые многочисленные, наиболѣе вѣрные способы (Delagénière [36]), и потому мы разсмотримъ ихъ болѣе подробно, чѣмъ остальные. Но, чтобы не потеряться въ чрезмѣрныхъ мелочахъ, мы раздѣлили ихъ на двѣ категоріи, соотвѣтственно тому пришивается ли передняя, или задняя стѣнка матки къ брюшнымъ покровамъ, а именно на 1) способы фиксаціи передней поверхности матки и 2) на способы фиксаціи задней поверхности матки. Первую группу можно подраздѣлить еще на: а) способы съ временными и б) способы съ постоянными фиксирующими матку швами, а послѣдніе способы на двѣ разновидности: а) способы съ постоянными горизонтальными и б) способы съ постоянными вертикальными швами,

I Способы фиксаціи передней поверхности матки временными, служащими вмѣстѣ съ тѣмъ для закрытія брюшной раны, швами.

Lawson Tait [203]) первый употребилъ этотъ способъ гистеропексіи въ началѣ 1880 года. Послѣ кастраціи онъ провелъ одинъ изъ закрывающихъ брюшную рану швовъ черезъ дно матки и, завязывая этотъ шовъ, онъ привелъ въ соприкосновеніе брюшину, покрывающую матку, съ пристѣночной брюшиной. По истеченіи извѣстнаго времени шовъ этотъ былъ удаленъ вмѣстѣ съ другими, закрывающими брюшную рану, швами.

G. Thomas по Dudley'ю [44]) также оперировалъ по этому способу, употребляя для фиксаціи матки желѣзную проволоку, которую впослѣдствіи замѣнилъ шелковою лигатурою.

Затѣмъ Leopold, для того чтобы получить болѣе прочную и стойкую склейку, усовершенствовалъ этотъ простой способъ англійскаго хирурга, увеличивая количество швовъ (3 вмѣсто одного) и присоединяя къ нему соскабливаніе серознаго покрова передней поверхности дна матки на протяженіи нѣсколькихъ квадратныхъ снтм, но фиксирующіе швы въ его способѣ накладываются также какъ и у L. Tait'а, проникаютъ черезъ всю толщу брюшной стѣнки и завязываются на кожѣ, служа вмѣстѣ съ тѣмъ для закрытія брюшной раны.

Вотъ описаніе оперативной техники способа Leopold'а [123]), дан-

ное имъ самимъ: «что касается самаго пришиванія матки, то во всѣхъ случаяхъ оно производилось такимъ образомъ, что въ одинъ до трехъ глубоко захватывающихъ швовъ черезъ брюшныя стѣнки заключалось и дно самой матки, которое плотно притягивалось къ внутреннему краю брюшной раны. Первый шовъ проникаетъ приблизительно на $^1/_2$ –1 снтм. впереди, второй между и третій на $^1/_2$—1 снтм. позади мѣстъ отхожденія трубъ поперечно подъ серозною оболочкою матки, приблизительно на глубинѣ 2—3 миллиметровъ, черезъ верхніе мышечные слои. По закрытіи нижняго угла брюшной раны, дно матки при помощи этихъ швовъ плотно притягивается къ брюшной ранѣ.

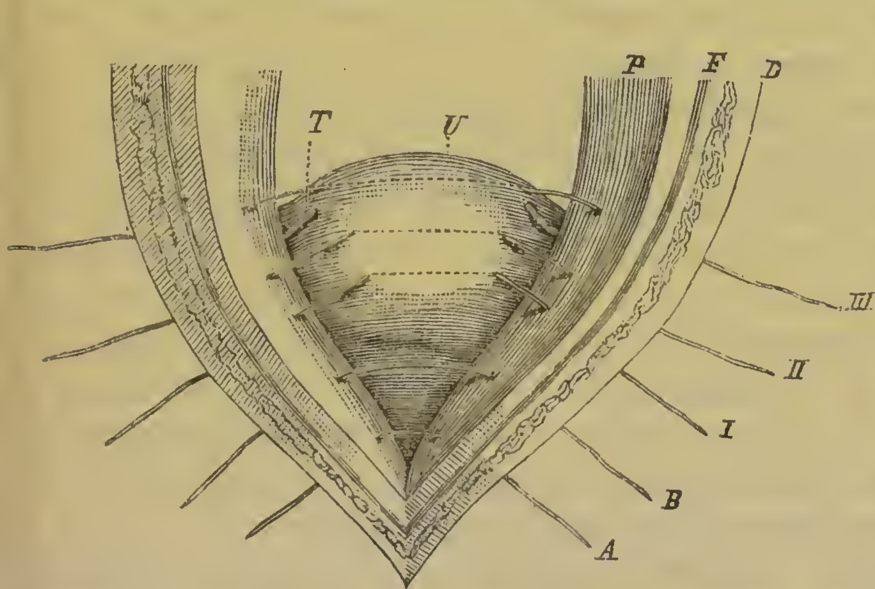


Рис. 1.

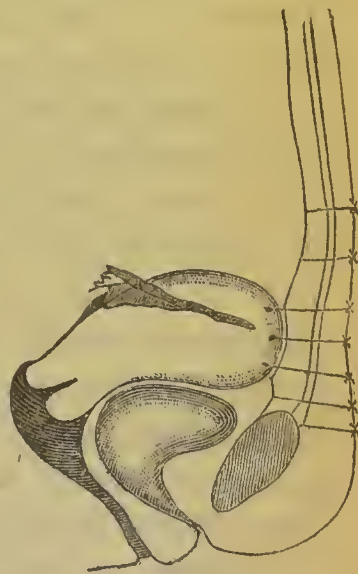


Рис. 2.

I, II, III, фиксирующія матку лигатуры; A, B, закрывающіе брюшную рану швы; U, матка; T, Фаллопіева труба; P, брюшина; F, подбрюшинная клѣтчатка.

При этомъ слѣдятъ за тѣмъ, чтобы не попадали ни сверху, ни съ боковъ сальникъ, или кишечныя петли между маткою и брюшною стѣнкою—случайность, которой едва-ли можно ожидать при спокойномъ наркозѣ. Затѣмъ закрываютъ и верхній уголъ раны обычнымъ образомъ. Три фиксирующіе шва не обрѣзаются для того, чтобы легче было отличить ихъ впослѣдствіи. Они снимаются на 14-й Rsp. 18-й день, послѣ того какъ брюшные швы были удалены на 8-й Rsp. 12-й день. Дно матки тогда плотно склеено съ брюшной стѣнкой. Для облегченія склейки дна матки съ брюшной стѣнкой я до сихъ поръ слегка соскабливалъ ножемъ и окровавливалъ серозную оболочку дна матки въ области уколовъ. Это соскабливаніе производится на столько быстро и принимаетъ, по моему мнѣнію, на столько существенное участіе въ особенно крѣпкомъ приращеніи матки, что я отказался бы отъ него въ послѣдующихъ случаяхъ лишь тогда, если и безъ него

склейка оказалась-бы на столько же прочною и крѣпкою Для того чтобы прійти къ дальнѣйшимъ наблюденіямъ въ этомъ направленіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ не было сдѣлано соскабливанія.»

Соскабливаніе серознаго покрова передней поверхности дна матки было выполнено впрочемъ впервые Prochownick'омъ [164]) въ началѣ 1884-аго года, который при кастраціи произвелъ освѣженіе дна матки на одномъ мѣстѣ величиною въ 20 фениговую монету и пришилъ это мѣсто къ нижнему углу разрѣза, а также по Dudley'ю [44]), G. Thomas'омъ вначалѣ восьмидесятыхъ годовъ.

Подобно Leopold'у, Munde утверждаетъ, что, хотя матка можетъ срастись съ брюшной стѣнкой и безъ соскабливанія серознаго ея покрова, но для большей увѣренности въ плотной склейкѣ онъ имѣетъ обыкновеніе дѣлать соскабливаніе его.

Соскабливаніе брюшины матки примѣняютъ еще Kleinwächter, [97]) Н. Феноменовъ [56]) и Boldt [11]) при вентральной фиксаціи.

Thiriar [219]) совѣтуетъ оживлять верхнюю часть передней поверхности матки посредствомъ срѣзыванія ножемъ слоя, состоящаго не только изъ брюшины, но и изъ незначительнаго количества мышечной ткани въ формѣ четыреугольника, лежащаго на уровнѣ прикрѣпленій круглыхъ связокъ на протяженіи около 15 миллиметр. Кровотеченіе въ случаѣ Thiriar'а было незначительно, и умѣренное прижатіе небольшою губкою, пропитанною въ водѣ Pagliari (eau de Pagliari) было достаточно для его остановки.

Можно-ли, поступая такимъ образомъ какъ Leopold, Munde, Thiriar, надѣяться получить болѣе стойкую склейку? Мы этого не думаемъ. Dembowski [38]) и Kelterborn [240]) рядомъ опытовъ на животныхъ показали, что склейка серозной оболочки съ поверхностью, предварительно лишенною серознаго покрова, не болѣе крѣпка, чѣмъ тогда, когда двѣ серозныя оболочки соединены непосредственно. Итакъ, въ томъ, что относится къ оживленію передней поверхности дна матки, мы согласны съ мнѣніемъ Präger'а [163]), Gottschalka [66]), Delagénière'a [36]) Terrier (Dumoret: Laparohystéropexie contre le prolapsus utérin. Paris 1889. p. 38) Flaischlen'a [244]) и другихъ, которые отвергаютъ его значеніе. Мы не считаемъ однако modus operandi Leopold'a нелогичнымъ, но неполнымъ. Оживленіе, чтобы быть дѣйствительнымъ, должно быть произведено не только со стороны серознаго покрова матки, но и со стороны пристѣночной брюшины, чтобы получить такимъ образомъ двѣ кровоточащія поверхности, которыя можно изолировать отъ брюшной полости рядомъ швовъ, какъ поступаетъ Н. Феноменовъ. Такимъ образомъ можно получить центральный рубецъ, окруженный совершенно серозными склейками. Но такое плотное сращеніе матки съ брюшною стѣнкою совершенно нежелательно при консерватив-

ной гистеропексіи и этотъ рубецъ былъ-бы по всей вѣроятности впослѣдствіи причиною выкидыша, если произошло бы зачатіе.

По способу Leopold'а безъ соскабливанія брюшины оперируетъ много нѣмецкихъ гинекологовъ, а въ Россіи Г. Е. Рейнъ.

Къ модификаціямъ способа Leopold'а принадлежатъ способы, по которымъ оперируютъ Gottschalk [66]), Küstner [112]) и Boldt [11]).

Gottschalk [66]) вмѣсто того чтобы пользоваться для фиксаціи матки средними швами, закрывающими брюшную рану, какъ Leopold, пользуется двумя нижними, которые проводитъ поверхностно у дна матки черезъ переднюю поверхность ея на уровнѣ мѣстъ отхожденія трубъ, не соскабливая предварительно брюшины. Фиксирующіе матку швы онъ снимаетъ на 16-й день.

Подобно Gottschalk'у по видоизмѣненному методу Leopold'а оперируетъ О. Küstner [112]), который въ первыхъ своихъ случаяхъ оперировалъ по способу Olshausen'а. Мы приведемъ описаніе, которое даетъ самъ Кюстнеръ способу, по которому онъ оперируетъ, хотя онъ почти и не отличается отъ способа, по которому оперируетъ Gottschalk.

«Проведя брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи по мѣрѣ возможности ближе къ симфизу, вы компрессомъ оттѣсняете тонкія кишки кверху и раздѣляете при помощи Paquelin'а, котораго держите въ правой рукѣ, сначала верхнія, идущія со дна матки, сращенія. Затѣмъ вы захватываете матку при помощи нѣжно захватывающихъ (weichgreifend) тупыхъ щипцовъ, которыми я пользуюсь специяльно для этой цѣли. Щипцы эти очень похожи на небольшіе акушерскіе щипцы безъ тазовой кривизны. Ложки имѣютъ акуратно такую величину, чтобы онѣ удобно могли захватить матку въ сагиттальномъ направленіи. Во избѣжаніе сдавленія послѣдней весь инструментъ построенъ очень тонко изъ мягкаго матеріала. При помощи этихъ щипцовъ вы оттягиваете матку, на сколько возможно, кверху и такимъ образомъ натягиваете оставшіяся еще сращенія для болѣе удобнаго отдѣленія ихъ. Освобожденную отъ сращеній матку вы фиксируете 2—3 швами изъ silkworm-gut, накладывая ихъ вблизи дна поверхностными вколами черезъ переднюю стѣнку матки и пользуетесь этими 2—3 швами для закрытія нижняго угла брюшной раны. Фиксирующіе швы снимаются на 24—25-й день полѣ операціи».

Boldt [11]) также оперируетъ по видоизмѣненному имъ способу Leopold'а. Оперативная техника его вентральной суспенсіи такова: «послѣ разрушенія сращеній и выпрямленія матки шовъ изъ silkwormgut вдѣвается въ толстую иглу для брюшныхъ стѣнокъ. Послѣ того какъ послѣдняя съ одной стороны проколота, толстая игла замѣняется тонкою изогнутою иглою безъ рѣжущихъ краевъ, и шовъ прово-

дится позади брюшины матки у дна ея, захватывая около дюйма поверхности, затѣмъ снова дѣлается перемѣна иголокъ и прокалывается противоположная брюшная стѣнка. Остальные швы для закрытія брюшной раны помѣщаются in situ, и губка вводится въ задній дугласъ, чтобы удалить кровь изъ разорванныхъ сосудовъ. Нужно также удостовѣриться, что впереди матки нѣтъ петель кишекъ. Если все въ порядкѣ, подвѣшивающій шовъ завязывается, и закрывается остальная часть брюшнаго разрѣза: Самый небольшой, подходящій пессарій долженъ быть тотчасъ же примѣненъ, чтобы устранить натяженіе матки на шовъ. Черезъ недѣлю подвѣшивающій шовъ разрѣзается, для того чтобы онъ не спрятался въ покровы, но вполнѣ не удаляется впродолженіи двухъ недѣль».

Изъ описанія Boldt'а видно, что его способъ отличается отъ способа Leopold'а поверхностнымъ проведеніемъ шва подъ серознымъ покровомъ матки, не задѣвая мышечной ткани ея и употребленіемъ для проведенія маточнаго шва круглой иглы, вмѣсто обыкновенной хирургической.

II. Способы фиксаціи передней поверхности матки постоянными горизонтальными швами, т. е. швами погруженными въ ранѣ внутри брюшной стѣнки (sutures perdues horizontales intrapéritonéopariétales французскихъ авторовъ).

Самый классическій изъ этихъ способовъ есть способъ предложенный Czerny, который отличается отъ способа Leopold'а тѣмъ, что въ фиксирующія матку лигатуры не включается кожа и подкожная клѣтчатка, и что онѣ не снимаются вовсе, всасываясь мало по малу въ теченіи болѣе или менѣе долгаго времени.

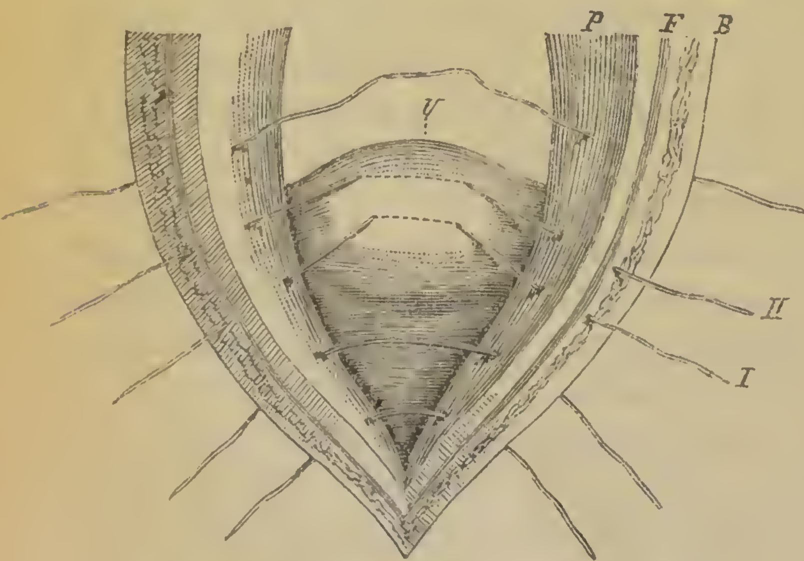


Рис. 3.



Рис. 4.

I, II, фиксирующія матку лигатуры; U, матка; P, брюшина; B, кожа; F, подбрюшинная клѣтчатка.

Вотъ описаніе оперативной техники, которое далъ самъ Czerny [32]): «я провожу посредствомъ толстой Шредеровской иглы одну или двѣ кэтгутовыя нити въ поперечномъ направленіи черезъ переднюю стѣнку матки близъ ея дна.

Оба конца нитки я провожу съ обѣихъ сторонъ черезъ брюшину и фасцію на какомъ-нибудь мѣстѣ брюшной раны по большей части близъ нижняго угла ея, гдѣ тѣло матки можно пришить самымъ удобнымъ образомъ и безъ натяженія передней брюшной стѣнки.

Затѣмъ, нитки завязываются крѣпкимъ узломъ, коротко обрѣзаются и погружаются, послѣ чего я накладываю брюшной шовъ по обыкновенному способу съ глубокими и поверхностными шелковыми швами».

Способъ Czerny имѣетъ нѣкоторыя преимущества передъ способомъ Leopold'a, а именно: 1) онъ болѣе простъ, такъ какъ въ немъ нѣтъ соскабливанія брюшины (Schramm [186]), 2) онъ даетъ больше гарантіи отъ всякой инфекціи снаружи, такъ какъ фиксирующія матку лигатуры не достигаютъ кожи (Baudouin [2]), 3) при сниманіи временныхъ, фиксирующихъ матку, лигатуръ при способѣ Leopold'a разрушаются нѣкоторыя, вновь образованныя, соединительнотканныя перепонки, которыя ихъ окружаютъ (Baudouin [2]) и причиняются оперированной значительныя боли (Schramm [186]), чего нѣтъ при способѣ Czerny, а между тѣмъ не доказано, чтобы способъ Leopold'a обезпечивалъ болѣе прочную склейку, чѣмъ этотъ послѣдній.

По способу Czerny оперируютъ Schramm [186]), Debrunner [35]), а въ Россіи Engström [51]), Toerngren [214]) и проф. Славянскій [195]), который въ первыхъ своихъ случаяхъ оперировалъ по способу Leopold'a.

Къ другимъ способамъ фиксаціи передней поверхности матки погруженными въ ранѣ, внутри брюшной стѣнки, швами, или, вѣрнѣе говоря, къ модификаціямъ способа Czerny принадлежатъ способы Terrier, Laroyenne'a, Tuffier, Pozzi, Picqué, Rosthorn'a и первый способъ Н. Феноменова, къ описанію которыхъ мы теперь перейдемъ.

1) Terrier ставитъ въ принципѣ большее количество швовъ и большее протяженіе соединяемыхъ поверхностей и на этомъ основаніи вотъ какъ онъ оперируетъ: приведя матку къ передней брюшной стѣнкѣ рукою, введенною въ брюшную полость, онъ начинаетъ операцію проведеніемъ провизорнаго шелковаго шва черезъ дно матки, при помощи иглы Reverdin'a, проникающаго не глубоко въ ея ткань, чтобы притянуть матку и удержать ее въ соприкосновеніи съ брюшной стѣнкой. Толстый шелкъ (въ началѣ

Terrier пользовался для пришиванія матки толстымъ кэтгутомъ) служитъ для фиксирующихъ матку лигатуръ, которыя въ числѣ трехъ проводятся черезъ переднюю поверхность матки, первый на уровнѣ соединенія шейки съ тѣломъ, второй приблизительно около середины тѣла матки и третій вблизи дна. Эти лигатуры проводятся черезъ поверхностный мышечный слой матки кисетнымъ швомъ (en faufilé), а затѣмъ проводятся черезъ всю толщу брюшной стѣнки за исключеніемъ кожи и подкожной клѣтчатки. Эти 3 лигатуры Terrier завязываетъ послѣдовательно, начиная снизу, затѣмъ удаляетъ провизорный шелковый шовъ, который служилъ для удержанія матки въ соприкосновеніи съ брюшной стѣнкой, или же проводитъ его также, какъ и предыдущіе. Брюшная рана закрывается обыкновеннымъ, принятымъ Terrier при чревосѣченіяхъ, образомъ, а именно 3-хъ этажнымъ швомъ *).

Итакъ, способъ Terrier, отличаясь отъ способа Leopold'а тѣмъ, что фиксирующіе матку швы при немъ не снимаются, отъ способа Czerny отличается только тѣмъ, что они проводятся не только черезъ дно, но и черезъ тѣло матки, и что эти фиксирующія матку лигатуры проводятся кисетнымъ швомъ (en faufilé), такъ что маточная часть фиксирующаго шва не вся спрятана въ толщѣ мышечной ткани, а части ея лежатъ между переднею поверхностью матки и пристѣночной брюшиной передней брюшной стѣнки, что, по мнѣнію Terrier, обезпечиваетъ лучшую склейку.

По способу Terrier оперируютъ нѣкоторые французскіе хирурги: Poncet (Baudouin loc. cit. p. 390), Lucas. Championnière [21]), а въ Россіи Toerngren [213]).

2) Способъ Laroyenne'а есть также видоизмѣненіе способа Czerny, которымъ Laroyenne пользуется при выпаденіи матки. Вотъ описаніе его техники, данное Ch. Audry [1]). «1-й моментъ. Съ помощью толстаго гистерометра, или лучше своего внутриматочнаго зонда à double courant, введеннаго въ полость матки, операторъ приподымаетъ ее и приводитъ въ соприкосновеніе съ переднею брюшною стѣнкою. 2-й моментъ. Дѣлаютъ по бѣлой линіи разрѣзъ около 8 сантим. длины, захватывающій брюшину и проведенный надъ дномъ и переднею поверхностью, приведенной въ надлежащее положеніе, матки. 3-й моментъ. Первая длинная иголка, вдѣтая въ иглодержатель и введенная въ мышечный слой брюшной раны проникаетъ черезъ брюшину, отступя на 2 сант. отъ края разрѣза и вводится сейчасъ-же въ переднюю поверхность маточной мышцы на уровнѣ дна органа. Эта иголка проникаетъ

*) Оперативная техника способа Terrier составлена по описанію самого Terrier въ Revue de Chirurgie 1889, № 3, p. 197 и по Pozzi: Traité de Gynécologie 1890. Paris, p. 501.

около 2 сант. маточной ткани и выходитъ симметрично черезъ другой край брюшной раны, и ее оставляютъ такъ укрѣпленной. Двѣ или три другія подобныя иглы проводятся послѣдовательно такимъ-же образомъ, идя сверху внизъ, въ разстояніи около 2 сант. одна отъ другой, такъ что матка такимъ образомъ крѣпко удерживается всею своею переднею поверхностью въ соприкосновеніи съ брюшною стѣнкою, прорѣзанной 4 иголками, оставленными на мѣстѣ. 4-й моментъ. Вдѣваютъ въ иголки кэтгутъ и завязываютъ каждую нитку, такъ что матка не перестаетъ постоянно соприкасаться съ брюшною стѣнкой. 5-й моментъ. Соединяютъ поверхностную рану и вводятъ во влагалище кусокъ іодоформенной марли, предназначенный служить провизорнымъ пессаріемъ».

«Въ этомъ способѣ производства, говоритъ Audry, есть нѣсколько пунктовъ, на которые слѣдуетъ обратить вниманіе: 1) прежде всего слѣдуетъ избѣгать искать матки рукою, введенною въ брюшную полость, ибо этотъ маневръ дѣлаетъ прогнозъ болѣе тяжелымъ, а прогнозъ при Hysteropex'іи не долженъ имѣть никакой важности. Тѣмъ болѣе этого не нужно дѣлать, что рука безъ сомнѣнія не выполнитъ двойнаго показанія—приподнять матку и удержать ее въ соприкосновеніи съ брюшной стѣнкой при помощи ея передней поверхности такъ хорошо, какъ толстый, тупой гистерометръ, или простой внутриматочный зондъ съ соотвѣтственной кривизной. 2) Нужно въ частности обратить вниманіе на введеніе большихъ иголокъ, которыя прокалываютъ одновременно средніе и глубокіе слои стѣнки и матки. Онѣ имѣютъ большое преимущество въ произведеніи вѣрнаго, крѣпкаго и постояннаго соприкосновенія всего протяженія 2-хъ поверхностей, которыя должны срастись. 3) Очевидно, что если желаютъ воспользоваться этимъ, нужно вынимать ихъ одну за другой только въ моментъ, когда завязываютъ нитку каждой иголки. 4) Нужно, проводя иглы, смотрѣть затѣмъ, чтобы часть брюшины, заключенная между разрѣзомъ и мѣстомъ вкола иголокъ, была такой величины съ обѣихъ сторонъ, чтобы опора на бѣлой линіи была хорошо обезпечена. Нужно полагать, что между нѣкоторыми тяжелыми неуспѣхами, которые были получены, нѣкоторые дѣйствительно обязаны недостаточности этой опоры брюшины, которая не могла соединиться вслѣдствіе недостаточности соприкосновенія. 5) Добавимъ, что удерживаніе матки иголками удаляетъ всю заботу со стороны выхода кишекъ тотчасъ же послѣ ихъ наложенія».

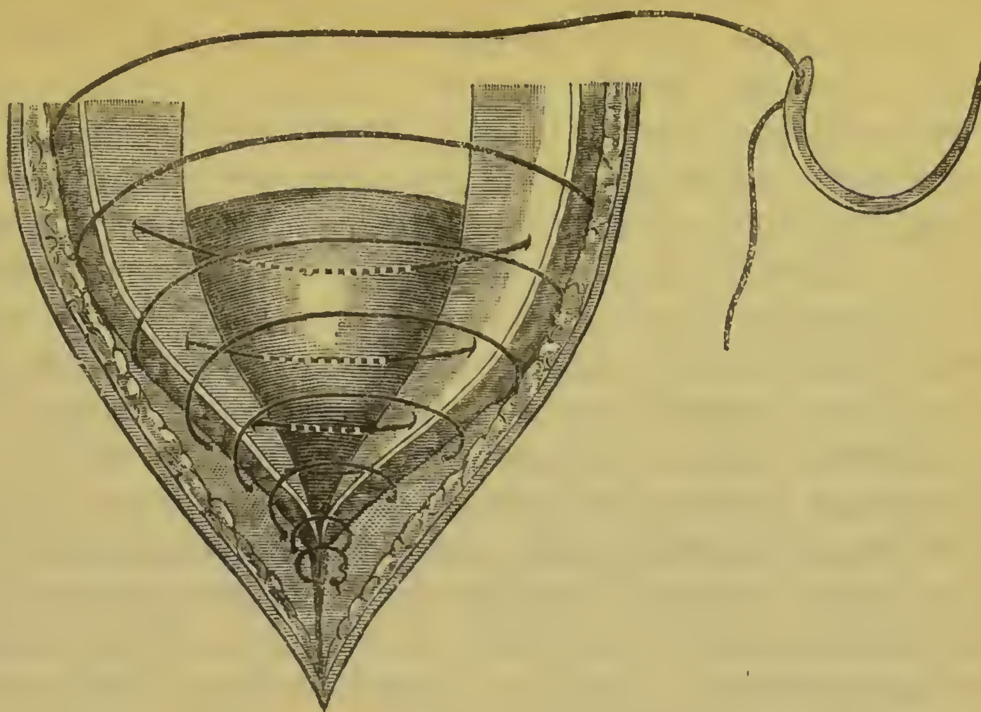
Всѣ замѣчанія Audry чисто теоретическія и способъ Terrier по Baudouin'y [2]) даетъ такую же прочную склейку, какъ и способъ Laroyenne'a.

Tuffier (Dumoret loc. cit. p. 138) въ одномъ случаѣ гистеро-

пексіи при выпаденіи примѣнилъ способъ очень близкій къ способу Czerny, но гораздо болѣе сложный, чѣмъ этотъ послѣдній. Вотъ описаніе его способа: «рукою, введенною въ брюшную полость, я привожу, приподнятое per vaginam помощникомъ, дно матки къ ранѣ и я провожу черезъ него на ширину 1 снтм. сквозь ткань матки очень толстую шелковую нитку. Съ помощью этой нитки я приподымаю матку и провожу ея концы черезъ паріетальную брюшину. Съ каждой стороны ниже этой первой лигатуры во всю длину брюшной раны я накладываю 5 кэтгутовыхъ нитокъ № 3. Каждая изъ этихъ нитокъ и даже верхняя шелковая завязываются, и брюшная рана такимъ образомъ закрывается, за исключеніемъ ея нижней части, гдѣ я закрываю полость брюшины кэтгутовою ниткою. Матка такимъ образомъ приподнята и прикрѣплена къ паріетальному листку брюшины. Но опасаясь, чтобы брюшина не отслоилась отъ брюшной стѣнки въ собственномъ смыслѣ слова, я вторично провожу каждый изъ концовъ этихъ лигатуръ черезъ мышцы и апоневрозы живота и завязываю ихъ на этомъ уровнѣ, такъ что матка не только фиксирована къ брюшинѣ, но еще и къ брюшнымъ мышцамъ. Кожная рана зашита 6 поверхностными швами изъ флорентійской нити».

4) Pozzi [158]), одинъ изъ самыхъ ярыхъ защитниковъ непрерывнаго и этажнаго шва, примѣнилъ его къ гистеропексіи и модифицировалъ въ этомъ смыслѣ способъ Czerny. Вотъ какъ онъ описываетъ свою оперативную технику: «при гистеропексіи я употребляю непрерывный шовъ, которымъ я пользуюсь всегда при сшиваніи болѣе обширнаго протяженія. Вотъ очень простая техника операціи. 1-й моментъ. Разрѣзъ брюшной стѣнки по срединной линіи 8 снтм. длины, начинающійся на 2 поперечные пальца надъ лобкомъ. 2-й моментъ. Введеніе указательнаго и средняго пальцевъ правой руки въ рану, отыскиваніе и освобожденіе дна матки, которое приводится впередъ; въ это время полезно, чтобы помощникъ приподнялъ матку пальцами, введенными во влагалище. 3-й моментъ: Временная фиксація дна матки пулевыми щипцами, захватывающими поверхностно середину дна, гдѣ уколъ зубцовъ не производитъ кровотеченія. Щипцы отдаются помощнику, которой такимъ образомъ приподымаетъ органъ. Операторъ иголкою Hagedorn'a съ тонкою но крѣпкою шелковою нитью дѣлаетъ въ нижней части раны 2 укола шва, захватывая весь серознофибромышечный слой брюшной стѣнки, чтобы имѣть здѣсь точку опоры. Отсюда онъ быстро дѣлаетъ восходящій оборотъ (surjet), спираль котораго проходитъ постепенно всю глубокую часть брюшной раны (исключая кожи и подкожной клѣтчатки), поверхностный слой матки въ ея срединной части, потомъ другую губу брюшнаго раз-

рѣза. Наложивъ первый оборотъ спирали, онъ продолжаетъ непрерывный шовъ, направляясь вверхъ раны.



Рис, 5.

3—4 уколовъ шва достаточно. Съ того момента какъ матка фиксирована такимъ образомъ къ брюшной стѣнкѣ, наложеніе шелковаго шва прекращается. 4-й моментъ. Остальная часть раны закрывается непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ въ 2 этажа.—2 шелковые шва, захватывающіе кожу и подкожную клѣтчатку, и поверхностный непрерывный кэтгутовый шовъ заканчиваютъ операцію».

5) L. Picqué фиксируетъ также тѣло матки, какъ Pozzi, Terrier, Tuffier, но фиксирующія лигатуры онъ располагаетъ не надъ всею переднею поверхностью матки, а съ каждой стороны онъ накладываетъ на обѣихъ боковыхъ частяхъ матки 2 ряда швовъ, изъ которыхъ каждый состоитъ изъ 2 нитокъ (Sutures Symetriques bilatérales). Вотъ впрочемъ какъ самъ Picqué [151]) описываетъ свой способъ производства гистеропексіи: «послѣ того какъ дно матки фиксировано при помощи однихъ или нѣсколькихъ Мюзеевскихъ щипцовъ, наложенныхъ скорѣе позади, чѣмъ спереди его, чтобы возможно было легче приложить матку къ брюшной стѣнкѣ, первая лигатура проводится черезъ прямыя мышцы живота и брюшину. Она горизонтально прорѣзываетъ ткань матки на протяженіи около 1,5 снтм. Этотъ первый шовъ завязывается надъ апоневрозомъ. Второй шовъ накладывается такимъ же образомъ на 1 снтм. ниже перваго. Съ другой стороны накладываются 2 такія же лигатуры (Sutures bilatérales) Впрочемъ 5-й шовъ на-

кладывается обыкновенно въ нижнемъ углу брюшинной раны на переднюю поверхность матки (point médian). Необходимо проводить лигатуры черезъ губы раны, передъ тѣмъ какъ проводить ихъ черезъ матку, чтобы крѣпко захватить ее. Это единственное необходимое условіе для успѣха шва».

6) По способу подобному способу Picqué, отличающемуся отъ этого послѣдняго соскабливаніемъ серознаго покрова какъ самой матки, такъ и соотвѣтственной части пристѣночной брюшины, оперировалъ вначалѣ Н. Н. Феноменовъ. [56]) Вотъ оперативная техника его способа, который онъ употребилъ въ одномъ случаѣ выпаденія матки: «по удаленіи придатковъ матка пришита 6 швами (по 3 съ каждой стороны). Швы проведены черезъ часть толщи брюшной стѣнки. Вколъ дѣлался, отступя немного отъ линіи брюшнаго разрѣза, въ брюшину, а выколъ на растояніи 1 сантм. отъ вкола, причемъ игла захватывала значительную часть толщи брюшныхъ стѣнокъ. Затѣмъ игла вкалывалась въ толщу маточной ткани (сбоку и спереди), выкалывалась въ разстояніи 1 снтм. и, по проведеніи швовъ съ одной стороны, они завязывались, начиная снизу. Нижній шовъ проходилъ не черезъ матку, а черезъ культю широкой связки (послѣ удаленія придатковъ) по боку матки.

Брюшина на маткѣ и брюшной стѣнкѣ въ соотвѣтственныхъ мѣстахъ «освѣжалась» соскабливаніемъ. Пространство между маткою и мочевымъ пузыремъ было открыто только кверху и кпереди. Съ боковъ по крайней мѣрѣ, обойдя матку сзади, проникнуть сюда пальцемъ не удавалось Этимъ хочу я сказать, что (по крайней мѣрѣ во время операціи) съ боковъ не осталось такихъ отверстій, которыя могли бы служить для прохода черезъ нихъ брюшныхъ внутренностей (брюшная грыжа). Брюшная рана зашита. Въ рукавъ введенъ пессарій изъ целлюлоида съ цѣлью закрѣпить и удержать приданное маткѣ положеніе, которому придана надлежащая форма».

7) Къ способу L. Picqué очень близокъ также способъ, по которому оперируетъ Rosthorn. Отличіе ихъ заключается въ томъ, что Picqué пришиваетъ переднюю поверхностьтѣла матки, между тѣмъ какъ Rosthorn [170]) только переднюю поверхность дна матки. Оперативная техника, по которой онъ оперируетъ такова: «Изогнутая игла вводится довольно глубоко въ ткань дна матки съ обѣихъ сторонъ соотвѣтственно рогамъ матки, и это мѣсто укрѣпляется къ соотвѣтствующему мѣсту брюшной стѣнки при помощи довольно крѣпкаго шва изъ карболоваго шелку, захватывающаго брюшину и фасціяльномышечный слой. Эти швы затѣмъ оставляются погруженными. Естественно, что всякій разъ обращается особенное

вниманіе на то, чтобы приподнятая матка пришивалась точно къ соотвѣтствующимъ мѣстамъ брюшной стѣнки, и чтобы зачастую широкое дно матки могло быть хорошо прикрыто брюшиной, соединенной первымъ этажнымъ швомъ. Щель, которая образуется между краями дна матки и задней стѣнкой пузыря въ большинствѣ случаевъ наблюдалась, но оказалась далеко не такъ опасной, какъ можно было думать apriori. Послѣ операціи производится тампонада влагалища іодоформенной марлею, чтобы тяжесть матки не могла имѣть неблагопріятнаго вліянія на сращенія. Пессаріевъ не употреблялось для этой цѣли.»

Изъ описанія оперативной техники способовъ L. Picqué, Феноменова и Rosthorn'а видно, что они составляютъ переходъ между методами Czerny и Olshausen-Sänger'а, о которыхъ мы будемъ говорить при описаніи способовъ непосредственной фиксаціи матки.

III. Способы фиксаціи передней поверхности матки постоянными вертикальными швами, погруженными внутри брюшной полости. (Sutures perdues verticales intraabdominales по Faucon'у).

Во всѣхъ вышеописанныхъ способахъ фиксаціи матки фиксирующія матку лигатуры накладываются горизонтально, O. Zinsmeister и Faucon располагаютъ ихъ вертикально. Первый употреблялъ свой способъ при заднихъ смѣщеніяхъ матки, второй при выпаденіи ея.

1) Способъ Zinsmeister'а съ 2 вертикальными швами, погруженными внутри брюшной полости. Вотъ какъ самъ Zinsmeister [232]) описалъ способъ, по которому онъ оперируетъ: «посредствомъ пальца ассистента, помѣщеннаго во влагалищѣ, очень удобно удается удержать матку въ соприкосновеніи съ переднею брюшною стѣнкою. Теперь я пришиваю матку по видоизмѣненному мною способу Leopold'а. Не соскабливая предварительно серознаго покрова матки, я провожу толстую кэтгутовую нитку сначала черезъ поверхностные мышечные слои лѣваго маточнаго рога въ направленіи паралельномъ срединной линіи и затѣмъ прокалываю иглою на 2 поперечные пальца надъ симфизомъ и на 2 сантим. влѣво отъ разрѣза живота брюшину, фасцію и мускулатуру и снова въ брюшную полость. Затѣмъ я завязываю нитку узломъ, при чемъ само собою разумѣется, узелъ очутился въ брюшной полости, и оба конца шва коротко отрѣзаны. Туже процедуру я произвожу съ правой стороны и затѣмъ закрываю брюшную полость по обыкновенному способу этажеобразными швами».

Способъ Zinsmeister'а, подобно способамъ Rosthorn'а, Феноменова и Picqué составляетъ ясный переходъ между непосредственной и непосредственной фиксаціей матки.

2) Способъ V. Faucon'а съ 3 вертикальными, погруженными въ брюшной полости, швами. Faucon при выпаденіи матки про-

изводитъ гистеропексію способомъ болѣе сложнымъ, чѣмъ Zinsmeister. Онъ добавляетъ срединный вертикальный шовъ и фиксируетъ лигатуры ниже нижняго угла брюшнаго разрѣза т. е. вмѣсто того чтобы пришивать матку къ краямъ брюшнаго разрѣза, какъ во всѣхъ, описанныхъ до сихъ поръ, способахъ, онъ пришиваетъ ее, дѣлая разрѣзъ для этой цѣли высоко расположенный, на неразрѣзанной предварительно брюшной стѣнкѣ непосредственно выше лоннаго соединенія и мочеваго пузыря. Оперативная техника способа Faucona [54]), описанная имъ самимъ, такова: «Разрѣзъ брюшной стѣнки начинается непосредственно ниже пупка и достигаетъ на 3 поперечные пальца выше лоннаго соединенія. Послѣ того какъ матка притянута вверхъ, первый шовъ изъ флорентійской нити (crin de Florence) проводится при помощи длинной, прямой, немного изогнутой къ острому концу, иглы черезъ толщу маточной ткани по срединной линіи по направленію сверху внизъ, начиная отъ дна и паралельно передней поверхности этого органа на высоту приблизительно 2,5—3 сант. Послѣ старательнаго обозначенія, предназначеннаго для соединенія съ маткою, мѣста брюшной стѣнки, игла проводится въ глубину этой послѣдней, со стороны ея задней поверхности, снизу вверхъ и на высотѣ равной приблизительно 3 сант. выводится въ брюшную полость. Два конца флорентійской нити, которая выбирается достаточно длинной, чтобы облегчить маневрированіе иглою, мгновенно сжимаются въ зажимъ торсіоннаго пинцета. Вторая, затѣмъ третья нитка проводятся такимъ-же образомъ справа и слѣва отъ первой; онѣ отстоятъ отъ послѣдней на разстояніе приблизительно=1 сант. Послѣ туалета оперативнаго поля эти 3 вертикальныя лигатуры стягиваютъ и завязываютъ. Матка тогда находится плотно прижатой къ задней поверхности брюшной стѣнки до такой степени, что ея дно поднимается до сосѣдства съ нижнимъ угломъ брюшнаго разрѣза, и 3 узла лигатуръ помѣщены въ углубленіи, сформированномъ соприкосновеніемъ матки и брюшной стѣнки».

Способы съ вертикальными, фиксирующими матку, лигатурами болѣе трудны для выполненія, чѣмъ способы съ горизонтальными фиксирующими лигатурами, и въ настоящее время вслѣдствіе малаго количества случаевъ, оперированныхъ этими способами, невозможно сказать, имѣютъ ли они (особенно способъ Faucon'a) какое нибудь преимущество передъ способами съ горизонтальными фиксирующими швами (Baudouin [2]).

IV. Способы фиксаціи задней поверхности матки.

Къ способамъ фиксаціи задней поверхности матки принадлежатъ: 1) способъ Jacobs'a, 2) способъ Kleinwächtera, 3) второй способъ Kelly и 4) второй способъ Феноменова.

Способъ Jacobs'а—это пришиваніе задней поверхности матки постоянными горизонтальными, погруженными внутри брюшной стѣнки, швами. Вотъ описаніе оперативной техники этого способа, данное самимъ Jacobs'омъ [84]). «Послѣ разрѣза брюшной стѣнки ассистентъ, помѣщеннымъ во влагалищѣ пальцемъ, оттѣсняетъ матку, на сколько возможно высоко. Я отдѣляю сращенія, которыя удерживаютъ матку въ ея неправильномъ положеніи и удаляю яичники и трубы, если состояніе ихъ требуетъ этого непремѣнно. Затѣмъ я накладываю шовъ изъ флорентійской нити внутри губъ брюшной раны. Шовъ этотъ проходитъ черезъ мышцы, апоневрозы, клѣтчатку и брюшину, проникаетъ въ ткань матки немного позади мѣстъ прикрѣпленія фаллопіевыхъ трубъ и пробѣгаетъ тоже пространство на противоположной сторонѣ раны. Теперь я накладываю, безъ ихъ укрѣпленія, глубокіе брюшные швы, завязываю маточный шовъ и оставляю его въ ранѣ. Послѣ этого завязываются глубокіе брюшные швы, накладывается нѣсколько поверхностныхъ брюшныхъ швовъ и кладется повязка. При первыхъ моихъ операціяхъ я накладывалъ два, погружные въ ранѣ, маточные шва, теперь довольствуюсь однимъ швомъ и получаю тѣже результаты».

Проф. Славянскій въ одномъ случаѣ выпаденія матки пришилъ вправленную и приведенную въ соприкосновеніе съ брюшной стѣнкой матку по способу Jacobs'а, наложивъ двѣ маточныя погружныя лигатуры, одну на дно матки, а вторую на заднюю поверхность тѣла матки. O. Küstner [112]) въ одномъ случаѣ первичной гистеропексіи при подвижномъ перегибѣ матки взадъ провелъ двѣ фиксирующія матку лигатуры черезъ дно ея и третью черезъ заднюю стѣнку ея. Матка, какъ въ случаѣ проф. Славянскаго, такъ и въ случаѣ Küstner'а, прижила къ брюшной стѣнкѣ въ hyperanteflexio.

2) Способъ Kleinwächter'а [97]) есть сочетаніе фиксаціи задней поверхности матки, послѣ предварительнаго соскабливанія брюшиннаго покрова на этомъ мѣстѣ, съ полунепосредственной фиксаціей маточныхъ роговъ временными швами. Вотъ оперативная техника, описанная самимъ авторомъ: «Я вскрылъ брюшную полость посредствомъ разрѣза, приблизительно въ 8 сантим., по бѣлой линіи, который кончался около 4 сантим. выше симфиза. Укрѣпивъ предварительно брюшину по краямъ раны, я вошелъ въ брюшную полость лѣвою рукою, захватилъ указательнымъ и большимъ пальцами дно матки, приподнятое со стороны влагалища зондомъ, и фиксировалъ его. Затѣмъ я снаружи воткнулъ иголку съ крѣпкою шелковою нитью слѣва отъ разрѣза черезъ наружные покровы и вещество матки ниже трубы, на мѣстѣ укрѣпленія круглой связки

и вывелъ ее оттуда выше, но тоже ниже трубы, обратно наружу черезъ ткань матки и наружные покровы, не завязывая тотчасъ нитки. Такимъ же образомъ я поступилъ на правой сторонѣ. Обѣ нитки я передалъ для фиксаціи помощникамъ и, соскобливъ ножемъ серозный покровъ на задней поверхности матки тотчасъ ниже выпуклости дна на протяженіи полукрейцара, антевертировалъ дно для того, чтобы привести въ соприкосновеніе соскобленное мѣсто съ противолежащимъ паріетальнымъ листкомъ брюшины, и воткнулъ иглу съ крѣпкимъ шелковымъ швомъ слѣва отъ разрѣза черезъ брюшную стѣнку и провелъ ее, соотвѣтственно тому мѣсту, на которомъ была соскоблена серозная оболочка, поперечно черезъ верхній слой дна на протяженіи $2-2^1/_2$ сант., послѣ чего я опять вывелъ иглу черезъ брюшную стѣнку справа отъ разрѣза, на той же высотѣ какъ и слѣва. Закрывъ брюшную рану приблизительно до проведенныхъ швовъ, я завязалъ ихъ и именно сначала швы, проведенные черезъ рога матки, и въ заключеніе главный шовъ, фиксирующій дно. При завязываніи послѣдняго я настолько антевертировалъ матку, чтобы соскобленное мѣсто серознаго покрова дна пришло въ соприкосновеніе съ пристѣночнымъ листкомъ брюшины покрововъ. Наконецъ я окончательно закрылъ всю рану такимъ образомъ, что я наложилъ тремя этажами скорняжные швы, изъ которыхъ нижній закрывалъ брюшину, средній фасціи и верхній остальныя части раны. Кромѣ того было наложено еще нѣсколько поверхностныхъ узловатыхъ швовъ. По закрытіи брюшной раны, оба шва, проведенные черезъ рога матки, лежали на 8 сантим. выше верхняго края симфиза, шовъ же, проведенный черезъ дно, еще на $1^1/_2$ сант. выше».

3) Второй способъ Kelly [94]) или фиксація задней поверхности дна матки къ пристѣночной брюшинѣ брюшныхъ покрововъ при помощи яичниковыхъ связокъ будетъ подробно описанъ при изложеніи способовъ посредственной фиксаціи матки.

4) Второй способъ Н. Феноменова (Тэръ-Микаэланцъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1891 р. 445)—есть фиксація задней поверхности матки къ передней брюшной стѣнкѣ двусторонними, симметрическими, погруженными внутри брюшной полости, швами послѣ предварительнаго соскабливанія серознаго покрова какъ самой матки, такъ и соотвѣтствующей части пристѣночной брюшины. Вотъ описаніе оперативной техники, которую выработалъ себѣ Н. Феноменовъ черезъ нѣкоторое время въ случаяхъ гистеропексіи при выпаденіи матки: «Разрѣзъ живота по linea alba, длины около 7 снтм. ниже пупка и выше симфизы. Апоневрозъ бѣлой линіи и брюшина вскрыты между 2 пинцетами, и затѣмъ рана ихъ расширена ножницами по пальцу внизъ и вверхъ до величины кож-

ной раны. Введя въ полость живота руку, операторъ захватилъ матку, приподнятую черезъ влагалище однимъ изъ помощниковъ, и вывелъ ее въ рану. Въ виду того что больная молода, и что, слѣдовательно, у нея возможно забеременѣваніе, а также въ виду того, чтобы вызвать преждевременно climacterium, и вмѣстѣ съ тѣмъ и уменьшеніе увеличенной въ объемѣ матки, больная была кастрирована. Вмѣстѣ съ яичниками вырѣзаны обѣ Фаллопіевы трубы. Затѣмъ какъ эндотелій серознаго покрова матки, такъ и паріетальный листокъ брюшины на передней стѣнкѣ живота, на мѣстахъ будущихъ швовъ, былъ соскобленъ ножемъ на пространствѣ около 2 снтм, какъ на задней стѣнкѣ матки, ближе къ боковымъ стѣнкамъ, въ области прикрѣпленія широкихъ связокъ, такъ и по бокамъ краевъ раны, на 2 снтм. отстоя отъ брюшнаго разрѣза. По обѣимъ сторонамъ наложено по 2 лигатуры. Съ лѣвой стороны сначала дѣлался вколъ въ брюшную стѣнку, на 2 снтм. отходя отъ лѣваго боковаго края и выкалывался съ захватываніемъ пучковъ прямой мышцы на $1^1/_2$ снтм. дальше отъ вкола, а затѣмъ уже вкалывалась игла въ лѣвый бокъ сзади матки и выкалывалась ближе къ срединѣ матки на 1 снтм. отъ вкола. Въ томъ же порядкѣ нѣсколько выше (т. е. 1 сантм.) первой лигатуры была проведена вторая лигатура. Тоже самое сдѣлано съ правой стороны съ тою разницею, что оператору, стоявшему съ праваго бока больной, было легче проводить лигатуру съ праваго бока матки, вкалывая на 2 снтм. отъ праваго края матки и выкалывая ближе къ боку матки, захватывая маточной ткани приблизительно около 1 снтм, а затѣмъ уже вколъ и выколъ на брюшной стѣнкѣ снутри кнаружи, на 2 сантм. отстоя отъ края раны. Въ такомъ же порядкѣ была проведена и вторая лигатура на 1 сантим. выше первой. Затѣмъ лигатуры, по 2 съ каждой стороны, затянуты, такъ чтобы узелъ приходился ближе къ маточной ткани. Такимъ образомъ соскобленныя поверхности были сближены и соединены, нитки же хорошо обрѣзаны. Матка такимъ образомъ поставлена въ положеніе близкое къ нормальному т. е. съ небольшимъ загибомъ впередъ. Затѣмъ послѣ обычнаго туалета брюшной полости, послѣдняя закрыта 7 швами, изъ которыхъ 3 глубокихъ и 4 поверхностныхъ. Во влагалище введенъ пессарій изъ целлюлоида.»

По мнѣнію Kelly [94—95] при пришиваніи передней поверхности матки брюшное давленіе, дѣйствуя на дно не вполнѣ антевертированнаго органа отклоняетъ его взадъ и приводитъ матку въ состояніе изгиба взадъ, верхушка котораго отвѣчаетъ точкѣ фиксаціи, и этого можно избѣжать, фиксируя къ брюшной стѣнкѣ заднюю поверхность матки.

Тэръ — Микаэланцъ [211]) съ положительностью высказывается за пришиваніе задней стѣнки матки и приведеніе ее такимъ образомъ въ состояніе загиба впередъ, такъ какъ при этомъ способѣ фиксаціи не остается, по его мнѣнію, боковыхъ щелей, могущихъ быть мѣстомъ образованія грыжъ, кромѣ того при загибѣ матки впередъ внутриматочное давленіе будетъ отражаться только на задней ея стѣнкѣ, и такимъ образомъ тяжесть матки еще меньше будетъ дѣйствовать на крестцово-маточныя связки.

Б. *Вторая группа: способы, при которыхъ матка удерживается въ соприкосновеніи съ переднею брюшною стѣнкою вслѣдствіе фиксаціи ея связокъ (круглыхъ, широкихъ), или культей, удаленныхъ одновременно, придатковъ — фиксація непосредственная.*

Большинство изъ этихъ способовъ брюшнаго укрѣпленія матки было выполнено во время чревосѣченій, произведенныхъ вслѣдствіе заболѣваній и новообразованій придатковъ, при чемъ фиксація культей удаленныхъ придатковъ была производима или только съ одной стороны, или съ обѣихъ сторонъ. Одностороннюю фиксацію матки производили Koeberlé, [106]) Sims, [193]) Kelly, [89]) Präger, [163]) Spaeth, [197]) Lee, [117]) Veit, [222]) Bernays, [3]) Klotz [99]) и многіе другіе, и хотя она въ одномъ случаѣ Lee и Spaeth'а и въ нѣсколькихъ Klotz'а и дала рецидивъ задняго смѣщенія матки, но въ большинствѣ случаевъ она была достаточна для радикальнаго излеченія этого послѣдняго. Veit [222]) даже говоритъ, что самые лучшіе результаты изъ различныхъ способовъ гистеропексіи онъ получалъ тогда, когда культю удаленнаго яичника, или трубы у самой матки вшивалъ въ брюшную рану.

Kleinwächter [98]) и Sänger [172]) указываютъ однако на то, что односторонняя фиксація матки влечетъ за собою болѣе сильное натяженіе одной стороны ея, чѣмъ другой, боковое смѣщеніе ея и искусственную торсію органа, но Czerny [32]) думаетъ, что легкая торсія матки не имѣетъ никакихъ дурныхъ сторонъ, а Bernays [3]) напротивъ въ односторонней посредственной фиксаціи матки усматриваетъ выгоду въ томъ отношеніи, что укрѣпленіе къ брюшной стѣнкѣ одного угла менѣе стѣсняетъ пузырь, чѣмъ укрѣпленіе дна матки, далѣе сращенія послѣ пришиванія самой матки гораздо скорѣе разрушаются внутрибрюшнымъ давленіемъ, чѣмъ послѣ пришиванія культи, удаленныхъ съ одной стороны, придатковъ, при чемъ это послѣднее менѣе опасно, чѣмъ укрѣпленіе дна и можетъ быть произведено въ нѣсколько минутъ. Онъ готовъ пожертвовать даже здоровымъ яичникомъ и пришить культю его къ брюшной стѣнкѣ тогда, когда чрезмѣрно тяжелые симптомы, зави-

сящіе отъ задняго смѣщенія матки, требуютъ хирургическаго вмѣшательства.

Двустороннюю фиксацію матки при дополнительныхъ гистеропексіяхъ производили Olshausen [143]), Sänger [172]), Sims [193]), Kelly [91]), Picqué [150]) и другіе.

Впрочемъ нѣкоторые гинекологи производятъ при помощи ненепосредственной фиксаціи матки и первичныя гистеропексіи съ сохраненіемъ придатковъ (Olshausen [143]), Sänger [172]), Kelly [91]) и другіе).

Для большей ясности способы ненепосредственной фиксаціи матки мы раздѣлимъ на 2 группы: а) Способы ненепосредственной фиксаціи при первичныхъ гистеропексіяхъ съ сохраненіемъ придатковъ и б) Способы посредственной фиксаціи матки при дополнительныхъ гистеропексіяхъ послѣ удаленія придатковъ.

Къ первой группѣ принадлежатъ: 1) способъ Olshausen-Sänger'a т. е. двустороннее пришиваніе маточныхъ роговъ (прилежащихъ къ маткѣ частей круглыхъ и широкихъ связокъ) къ передней брюшной стѣнкѣ, за исключеніемъ кожи и подкожной клѣтчатки, постоянными, погруженными внутри брюшной полости, лигатурами и 2) первый и второй способъ Kelly т. е, двустороннее пришиваніе маточныхъ роговъ и яичниковыхъ связокъ къ пристѣночной, выстилающей переднюю брюшную стѣнку, брюшинѣ также постоянными, погруженными внутри брюшной полости, швами.

1) Способъ Olshausen-Sänger'a. Olshausen [143]) первый описалъ этотъ способъ, Sänger [172]) много способствовалъ распространенію оперативной техники его, и потому онъ справедливо носитъ названіе метода Olshausen-Sänger'a. Вотъ оперативная техника его по Olshausen'у [143—147])». По вскрытіи брюшной полости и освобожденіи дна матки, она притягивается кверху и провѣряется ея подвижность. Затѣмъ выбираются тѣ мѣста брюшныхъ покрововъ, къ которымъ должна быть произведена фиксація. Они расположены на нѣсколько сантиметровъ съ обѣихъ сторонъ отъ брюшнаго разрѣза надъ симфизомъ и ближе къ послѣднему, чѣмъ къ пупку. При Retroversio-flexio слѣдуетъ, какъ правило, выбирать область болѣе близкую къ симфизу, при Prolapsus въ общемъ нѣсколько выше лежащую. До проведенія швовъ далѣе слѣдуетъ установить ходъ art. epigastricae inferioris, что не представляетъ затрудненій при поверхностномъ непосредственно подъ брюшиной ходѣ сосуда. Ощупывающій палецъ легко находитъ ея пульсацію и при вялыхъ брюшныхъ стѣнкахъ, допускающихъ выворачиваніе наружу, весь ея ходъ становится видимымъ для глаза. Щадя сосудъ, затѣмъ каждый рогъ матки фиксируется къ брюшнымъ покровамъ нѣсколькими швами. Изогнутая игла обводится непосредственно рядомъ

съ маткою вокругъ круглой связки и выводится затѣмъ глубоко черезъ мускулатуру брюшныхъ покрововъ и на перитонеальной сторонѣ послѣднихъ. Это дѣлается съ обѣихъ сторонъ 2 или 3 швами, или одна и таже нитка протягивается дважды черезъ брюшные покровы и придатки матки, передъ тѣмъ какъ завязать ее узломъ.

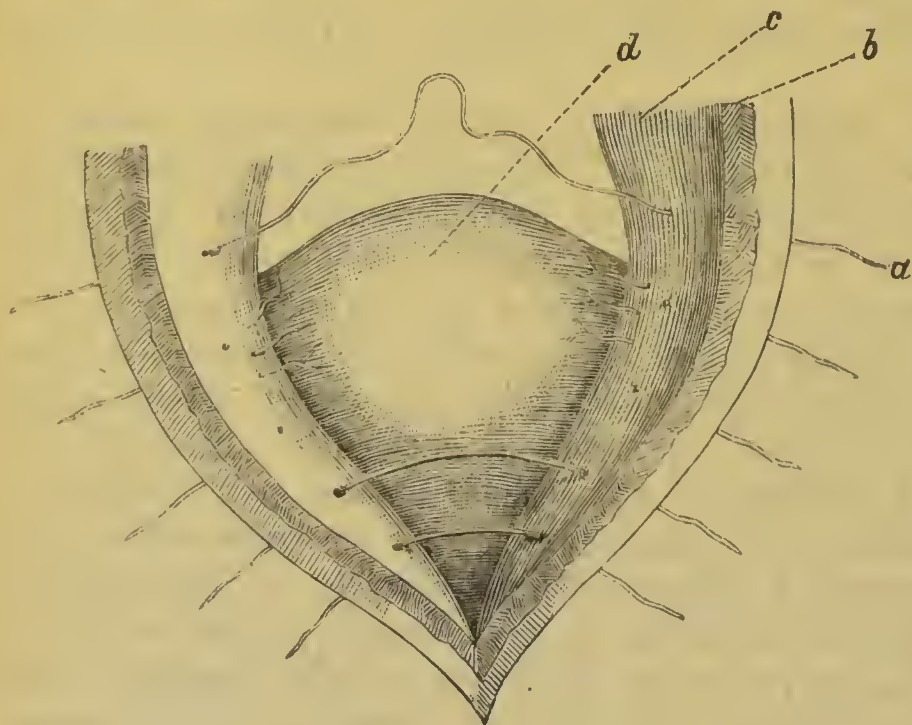


Рис. 6.

a) закрывающій брюшную рану шовъ; b) мышцы и апоневрозы брюшной стѣнки; c) брюшина; d) дно матки.

Эти швы затѣмъ крѣпко завязываются и именно такъ, чтобы фиксировать къ брюшнымъ покровамъ не саму матку, а наиболѣе близкія къ ней части круглыхъ и широкихъ связокъ. Существенно во всякомъ случаѣ проводить нитки глубоко черезъ мускулатуру брюшной стѣнки почти до кожи. Не слѣдуетъ сильно затягивать лигатуръ, чтобы не вызвать прорѣзыванія ихъ. Тамъ, гдѣ не приходится обращать вниманія на функцію трубъ, цѣлесообразно захватить и послѣднія въ швы. Если имѣлись основанія щадить трубы, то захватывались въ шовъ круглыя и широкія связки и при случаѣ часть стѣнки матки близъ прикрѣпленія круглой связки. Концы нитокъ изъ silkwormgut, которому я отдаю предпочтеніе передъ другими швами въ виду легкаго заживленія и невозможности быть всосаннымъ, отрѣзываются надъ узломъ».

Sänger [172]) такъ выражается объ этомъ способѣ: «для всѣхъ случаевъ положительно надо предпочесть методъ Olshausen'а двустороннняго пришиванія круглыхъ связокъ (маточныхъ роговъ) и широкихъ связокъ непосредственно у боковаго края матки, при-

чемъ, на что я особенно настаиваю, слѣдуетъ широко захватить передній листокъ широкой связки при помощи 2, обыкновенно 3 швовъ съ обѣихъ сторонъ, для которыхъ найболѣе подходящимъ матеріяломъ является Silkwormgut. Есть опасность и у этого метода, именно возможность ущемленія кишекъ. Но если при пришиваніи матки обращать вниманіе на то, чтобы между маткою и пустымъ мочевымъ пузыремъ оставалось лишь незначительное пространство—только узкая щель, то эта опасность не можетъ внушить серьезныхъ опасеній. Неблагопріятнаго явленія—образованія между маткою и пузыремъ слишкомъ широкой щели, причемъ можетъ возникнуть необходимость распороть наложенные швы и наложить ихъ ниже, мы избѣгаемъ всего лучше тѣмъ, что завязываемъ ихъ не раньше, пока не наложены всѣ швы, и операторъ не убѣдился потягиваньемъ за лигатуры, что соблюдено требуемое разстояніе. Матка можетъ лежать непосредственно на пузырѣ. При болѣе сильномъ наполненіи послѣдній приподымаетъ ее кверху и растягивается въ стороны. Опасенію раненія art. epigastr. infer я не придаю большаго значенія, такъ какъ, накладывая швы, мы всегда будемъ держаться кнутри отъ нея. Если же она тѣмъ не менѣе будетъ поранена, то легко произвести двойную перевязку ея, или обкалываніе».

По мнѣнію Sänger'a [179]) методъ Olshausen'a имѣетъ 2 преимущества передъ пришиваніемъ самой матки: а) фиксація дѣлается съ 2 сторонъ съ двойнымъ количествомъ не всасывающихся швовъ и потому она является прочнѣе и б) этотъ методъ оставляетъ вполнѣ свободную матку, что не безразлично для случаевъ, въ которыхъ оставляются придатки и вмѣстѣ съ тѣмъ potentia generandi,

Не смотря на сильныя похвалы, расточаемыя этому методу Sänger'омъ, онъ влечетъ за собою 2 важныя неудобства: 1) существованіе щели между маткою и пузыремъ, которая впослѣдствіи увеличивается вслѣдствіе растяженія сращеній и въ которой могутъ ущемиться петли кишекъ, что констатировано Dudley'емъ [44]) при вторичныхъ чревосѣченіяхъ, произведенныхъ изъ-за заболѣваній придатковъ послѣ гистеропексіи, выполненной по этому способу, 2) легкость, съ которою можно захватить трубы въ въ фиксирующія лигатуры и этимъ произвести закрытіе просвѣта ихъ, также возможность развитія воспалительнаго процесса вокругъ трубъ, при близкомъ къ нимъ наложеніи фиксирующихъ лигатуръ и облитерація ихъ, что констатировано Polk'омъ [156]) при вторичномъ чревосѣченіи.

По способу Olshausen'a кромѣ Sänger'a оперируютъ Schauta [181]), Korn [107]), и въ началѣ оперировалъ Fehlinh [55]).

б) Способъ Kelly. H. Kelly описалъ послѣдовательно въ 1887 [89])—1888 [91]) и въ 1890 г. [94]) 2 немного отличающіеся другъ отъ друга способа, которыми онъ пользуется при hysteropexi'яхъ, предпринимаемыхъ изъ-за заднихъ смѣщеній матки. Въ обоихъ способахъ матка фиксируется посредственно къ брюшинѣ, выстилающей переднюю брюшную стѣнку, постоянными, погруженными внутри брюшной полости, швами.

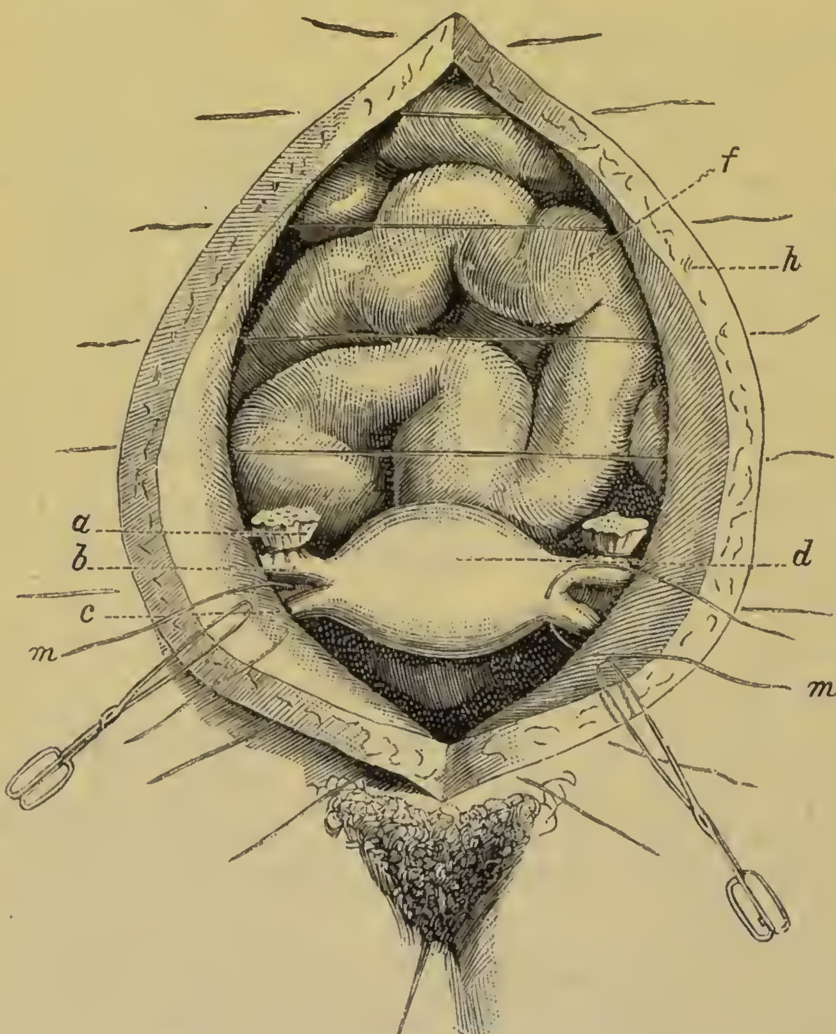


Рис. 7. (Первый способъ Kelly.у)

a) ножка яичника; b) яичниковая связка и фаллопіева труба; c) круглая связка; d) дно матки; e) широкая связка; m) фиксирующая матку мататура; f) кишечныя петли; h) брюшная стѣнка.

1) Первый способъ Kelly. Оперативныя правила, формулированныя Kelly [89—91]) для его перваго способа, мы приведемъ подлинными: «послѣ того какъ дно матки приподнято и гемостатическіе пинцеты, наложенные на пристѣночную брюшину, выворачиваютъ ее, одинъ непрерывный, или нѣсколько обыкновенныхъ шелковыхъ швовъ проводятся черезъ каждый маточный рогъ. Затѣмъ операторъ приближаетъ тѣло матки къ передней брюшной стѣнкѣ и фиксируетъ швы надъ пристѣночною брюшиною. Точки фиксаціи обоихъ роговъ отстоятъ отъ разрѣза на разстояніе, рав-

ное приблизительно полупоперечнику матки. Эти точки фиксаціи должны лежать на 2—3 снтм. выше лоннаго соединенія. Швы затѣмъ крѣпко завязываются, коротко отрѣзаются и погружаются. Если въ то же время удаляются придатки матки, то швы проводятся между 2 лигатурами, наложенными на культи, на уровнѣ маточныхъ роговъ (какъ это сдѣлано въ его первой гистеропексіи). Если придатки оставляются, а операція производится только для устраненія смѣщенія матки, то въ швы можно захватить только круглыя связки близъ ихъ маточныхъ прикрѣпленій, или же еще лучше наложить швы выше маточно-трубнаго соединенія. Послѣ завязыванія швовъ матка приближается къ брюшной стѣнкѣ и удерживается въ тѣсномъ соприкосновеніи съ него своею переднею поверхностью».

Kelly послѣ нѣсколькихъ попытокъ фиксаціи передней поверхности матки констатировалъ, что часто ею не достигается успѣха и, приписывая свои неудачи тому, что при фиксаціи передней поверхности матки брюшное давленіе, дѣйствуя на дно не вполнѣ антевертированнаго органа, отклоняетъ его взадъ и приводитъ снова матку въ состояніе retroflex'іи, прибѣгъ къ другому способу, при которомъ онъ получилъ матку въ состояніи ясно выраженнаго перегиба впередъ. Способъ этотъ состоитъ въ фиксаціи задней поверхности дна матки къ пристѣночной брюшинѣ передней брюшной стѣнки при помощи яичниковыхъ связокъ, которыя захватываются на задней поверхности широкихъ связокъ.

2) Оперативная техника втораго способа Kelly [94—95]), предложеннаго имъ въ 1890 г., такова: разрѣзъ небольшихъ размѣровъ по срединной линіи нѣсколько выше лоннаго соединенія. Затѣмъ, съ каждой стороны раны въ нижней ея части близъ симфиза проводятся 2—3 шелковыя лигатуры черезъ пристѣночную брюшину, на нѣсколько сантиметровъ отступя отъ краевъ разрѣза и на время удерживаются 2 корнцангами, изъ которыхъ одинъ удерживаетъ 2—3 нитки, наложенныя на брюшину справа, а другой наложенныя слѣва отъ разрѣза. Сдѣлавъ это, вводятъ указательный и средній пальцы въ полость таза, отыскиваютъ матку, выпрямляютъ ее, приподымаютъ и вмѣстѣ съ тѣмъ выводятъ трубу и яичникъ одной стороны черезъ брюшную рану. Какъ только они покажутся снаружи, то каждый отдѣльно изъ наложенныхъ уже брюшныхъ швовъ проводится въ порядкѣ, въ какомъ они наложены, черезъ широкую связку сзади такъ, чтобы обхватить яичниковую связку, которая такимъ образомъ стала видимой, какъ разъ по срединѣ разстоянія между дномъ матки и яичникомъ, если нужно то подъ контролемъ введеннаго зонда.

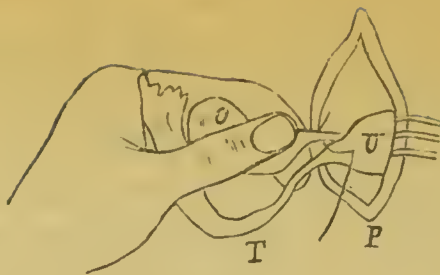


Рис. 8.

P) брюшная стѣнка; T, правая Фаллопіева труба; U, матка; O, правый яичникъ.

Затѣмъ все вкладывается обратно на свое мѣсто въ полость таза, причемъ однако швы еще не завязываются, но удерживаются тѣмъ-же корнцангомъ. Тоже производится и съ другой стороны. Окончивъ это, приближаютъ обѣ яичниковыя связки къ брюшной стѣнкѣ, потягивая за 4—6 нитокъ, захваченныхъ въ 2 корнцанга.

Прежде чѣмъ завязать швы необходимо провести указательный палецъ съ каждой стороны вокругъ матки и убѣдиться въ томъ, что ни одна кишечная петля, ни брыжейка не захвачены лигатурами и не лежатъ между маткою и брюшною стѣнкою. Только тогда завязываютъ швы узломъ одинъ за другимъ, коротко отрѣзываютъ и погружаютъ въ брюшную полость. Наконецъ закрывается брюшная рана по обыкновенному способу.

Kelly оперировалъ этимъ способомъ нѣсколько разъ и получалъ всякій разъ хорошіе результаты. Въ одномъ случаѣ вены широкихъ связокъ оказались чрезвычайно расширенными, и онѣ были перевязаны отдѣльными лигатурами до наложенія фиксирующихъ швовъ.

H. T. Hank's [239]) предпочитаетъ второй способъ Kelly всѣмъ другимъ способамъ hysteropex'іи, но Polk [157]) указываетъ на то, что этотъ способъ производитъ натяженіе яичниковъ, чего нужно избѣгать.

Вторую группу т. е. способы посредственной фиксаціи матки при дополнительныхъ гистеропексіяхъ послѣ удаленія придатковъ, можно раздѣлить на четыре разновидности: а) одностороннее вшиваніе одной лигатурной культи въ брюшную рану послѣ оваріотоміи или кастраціи (Koeberlé [106], Sims [193], Sänger [172] и другіе) б) вшиваніе въ брюшную рану обѣихъ лигатурныхъ культей, оставшихся послѣ кастраціи (Bardenheuer по Franck'у [59], Sims [193] и другіе в) пришиваніе къ брюшной стѣнкѣ одной лигатурной культи послѣ кастраціи (Kelly [89]) и г) пришиваніе къ брюшной стѣнкѣ обѣихъ лигатурныхъ культей, оставшихся послѣ кастраціи (Olshausen [143], Sänger [193], Pasquali [149]).

Теперь слѣдовало бы вкратцѣ описать выше перечисленные способы посредственной фиксаціи матки, которые были употребляемы при дополнительныхъ гистеропексіяхъ, но такъ какъ этотъ вопросъ не представляетъ ничего важнаго и интереснаго, то я обойду его молчаніемъ.

B. *Третья группа: Способы, основанные на комбинаціи двухъ первыхъ способовъ, т. е. одновременная непосредственная+посредственная фиксація матки, и другія комбинаціи.*

1) Одновременную фиксацію тѣла матки и ея придатковъ производили von Winiwarter (Fraipont: Archives de Tocologie et de Gynécol. 1891, p. 532), Kleinwächter [97]), Präger [163]), Hennig [76]), Hofmeier (Klein: Münchener mediciniche Wochenschrift 1890, p. 135), Bazy (Baudouin loc. cit., p. 377) и Küstner [112]). Такъ какъ способы, по которымъ они оперировали, составляютъ только сочетаніе двухъ первыхъ, описанныхъ нами, методовъ, не представляя ничего частнаго, то я не буду останавливаться на нихъ, замѣчу только, что, по мнѣнію большинства хирурговъ, одинъ изъ этихъ способовъ совершенно достаточенъ для радикальнаго излеченія заднихъ смѣщеній матки.

2) Къ способамъ, основаннымъ на комбинаціи гистеропексіи съ внутрибрюшнымъ укороченіемъ круглыхъ связокъ, принадлежатъ способы Матляковскаго и Doleris'а.

а) Способъ Матляковскаго [132]) есть сочетаніе непосредственной гистеропексіи по методу Leopold'а съ спеціальнымъ способомъ укороченія трансплантированныхъ круглыхъ связокъ. Вотъ оперативная техника гистеропексіи, предложенная Матляковскимъ [131]) въ 1889 году и выполненная имъ нѣсколько разъ при выпаденіи матки. «Разрѣзомъ брюшной стѣнки по linea alba, какъ можно болѣе короткимъ, и не доходящимъ до лоннаго соединенія на 1—2 сантим. вскрывается полость брюшины на протяженіи 3—4 пальцевъ. Мочевой пузырь долженъ быть опорожненъ до самой операціи, чтобы не мѣшалъ послѣдующимъ манипуляціямъ. Захвативъ матку пальцами, глубоко введенными въ полость малаго таза, мы ее поднимаемъ и притягиваемъ къ брюшной ранѣ. Затѣмъ мы изслѣдуемъ состояніе яичниковъ и трубъ, при чемъ, если измѣненія ихъ настолько выражены, что показано ихъ удаленіе, то мы ихъ удаляемъ, однако мы не пользуемся, оставшимися послѣ удаленія придатковъ, культями. Въ то время какъ помощникъ удерживаетъ матку въ ранѣ, мы обхватываемъ круглую связку одной стороны указательнымъ и среднимъ пальцами и разрѣзомъ длиною въ 1 сант., проведеннымъ по направленію длины связки, отступя на $1^1/_2$ сантим. отъ края дна матки, мы перерѣзываемъ серозный покровъ связки и, подложивъ тотчасъ-же черезъ образо-

ванную щель зондъ подъ связку, мы вытягиваемъ ее пальцами, потягивая за периферическій конецъ ея, обращая при этомъ особенное вниманіе на то, чтобы при потягиваніи держать въ пальцахъ весь пучекъ круглой связки, не опускать его волоконъ и этимъ не ослаблять цѣлости пучка. Это отдѣленіе и вытягиваніе связки изъ-подъ брюшины очень легко и требуетъ лишь нѣсколькихъ минутъ времени, и потому дѣло обстоитъ совершенно иначе, чѣмъ при операціи Alexander'a. Вытянувъ связку на длину 6—8 сантим. мы перевязываемъ ее и перерѣзываемъ медіяльно отъ лигатуры. Сейчасъ-же периферическій конецъ съ лигатурою, наложенною для избѣжанія кровотеченія, уходитъ подъ брюшину, центральный-же конецъ мы захватываемъ временно въ гемостатическій пинцетъ, чтобы онъ также не ушелъ. Ту же самую процедуру мы продѣлываемъ съ круглою связкою другой стороны. Когда обѣ связки освобождены, мы прокалываемъ брюшную фасцію, прямую мышцу живота и брюшину закрытымъ пинцетомъ на разстояніи 1—2 сантим. отъ края раны и на такое же разстояніе выше верхняго края лоннаго соединенія и соотвѣтствующій конецъ круглой связки захватываемъ вѣтвями того-же пинцета, который мы раскрываемъ, и протягиваемъ его черезъ брюшную стѣнку (исключая кожи); затѣмъ, чтобы этотъ конецъ не ускользнулъ, мы захватываемъ его гемостатическимъ пинцетомъ. Таже процедура производится на другой сторонѣ. Теперь мы слегка соскабливаемъ брюшину на передней поверхности матки, чтобы легче произошла склейка ея съ переднею брюшною стѣнкою, затѣмъ мы пришиваемъ матку 3 шелковыми швами (кожа, фасція, мышца, брюшина съ одной стороны+матка+брюшина, мышца, фасція и кожа съ другой стороны раны). Эти швы имѣютъ цѣлью прежде всего обезпечить новое положеніе матки на 7—10 дней, пока не вростутъ крѣпко трансплантированныя связки, а также закрыть щель между маткою и брюшною стѣнкою, чтобы предохранить отъ ущемленія въ ней петель кишекъ, которыя могутъ туда попасть. Самый верхній шовъ я провожу на линіи, соединяющей прикрѣпленія маточныхъ концовъ круглыхъ связокъ. Проведя всѣ 3 шва, мы удостовѣряемся еще разъ, что кишечныя петли и сальникъ не вошли между маткою и переднею брюшною стѣнкою и сейчасъ-же завязываемъ узломъ обѣ круглыя связки, протянутыя черезъ брюшную стѣнку (исключая кожи), стягивая ихъ какъ можно крѣпче. Оставшіеся послѣ завязыванія узла концы мы связываемъ для увѣренности шелкомъ, а самые края ихъ, сдавленные отъ захватыванія гемостатическимъ пинцетомъ, мы отрѣзываемъ. Теперь мы завязываемъ 3 шва, проходящіе черезъ матку и всю толщу брюшной стѣнки, которые

вмѣстѣ съ тѣмъ исполняютъ роль глубокихъ швовъ, закрывающихъ брюшную полость. Мы заканчиваемъ операцію накладываніемъ поверхностныхъ швовъ на брюшную рану, которые равно какъ и глубокіе снимаются на 10—14 день послѣ операціи».

Эту операцію Матляковскій произвелъ 3 раза въ 1889 г. при выпаденіи матки у женщинъ близкихъ къ климактерію, или перешедшихъ за него. Какъ послѣопераціонное теченіе, такъ и результаты, полученные отъ нея, онъ называетъ идеальными.

По нашему мнѣнію способъ Матляковскаго противопоказанъ при консервативныхъ гистеропексіяхъ у женщинъ способныхъ къ зачатію, такъ какъ онъ навѣрно поведетъ къ выкидышу, если произойдетъ зачатіе.

б) Способъ Doleris'а—(Baudouin loc. cit. p. 87) есть также сочетаніе гистеропексіи съ внутрибрюшнымъ укороченіемъ круглыхъ связокъ. Такъ какъ Doleris не опубликовалъ подробно своей техники, то мы ограничимся тѣмъ, что скажемъ, что для обезпеченія болѣе прочной фиксаціи, выведенной изъ неправильнаго положенія матки, онъ предложилъ при дополнительныхъ гистеропексіяхъ послѣ удаленія яичниковъ вшивать въ брюшную рану притянутыя къ брюшной стѣнкѣ круглыя связки и трубы временными швами, послѣ того какъ дно и тѣло матки уже пришиты такими-же швами изъ флорентійской нити, которые онъ удаляетъ на 10—12 день послѣ операціи.

3) Способъ Тэръ-Микаэлянца [211]), предложенный имъ при выпаденіи матки, есть комбинація гистеропексіи по второму способу Н. Феноменова съ укороченіемъ крестцово-маточныхъ связокъ, производимымъ «спеціальнымъ образомъ», къ сожалѣнію пока еще не описаннымъ.

4) Къ способамъ, основаннымъ на сочетаніи посредственной гистеропексіи посредствомъ односторонней фиксаціи культи удаленныхъ придатковъ съ позадиматочнымъ, стеклянымъ дренажемъ, проведеннымъ черезъ брюшную рану въ заднее дугласово пространство, принадлежитъ способъ Klotz'а. Klotz [105]), употребляетъ этотъ способъ при сильномъ кровотеченіи послѣ разрушенія околоматочныхъ сращеній, при нечистой операціи, при большихъ плоскостныхъ сращеніяхъ, заставляющихъ опасаться сильнаго сморщиванія рубцовъ, при меньшихъ же сращеніяхъ, чистой операціи и кастраціи онъ пользуется способомъ Leopold'а. Вотъ оперативная техника его способа: разрушивъ сращенія рукою и приведя матку къ брюшной стѣнкѣ, онъ вшиваетъ трубу или ножку удаленнаго съ одной стороны яичника въ брюшную рану, затѣмъ онъ черезъ рану вставляетъ стекляной дренажъ, доходящій до самаго дна дугласова пространства.

Этотъ дренажъ, говоритъ Klotz [100]) 1) даетъ маткѣ непосредственную опору, отчего фиксирующая ножка не растягивается, и сращеніе ея не разслабляется, 2) препятствуетъ скопленію крови въ перитонеальномъ пространствѣ,—послѣдняя легко стекаетъ по дренажу и кромѣ того ежедневно одинъ разъ высасывается посредствомъ шприца, 3) вокругъ дренажа образуется коагуляціонный слой, а затѣмъ соединительнотканный снурокъ, который утолщаетъ заднюю стѣнку матки и въ особенности уголъ загиба и кромѣ того даетъ вторую точку фиксаціи для брюшныхъ покрововъ, 4) дренажъ не влечетъ за собою опасности—всѣ случаи протекали асептически, 5) во всѣхъ почти случаяхъ достигается имъ цѣль, 6) брюшной грыжи онъ не вызываетъ, а также 7) онъ не вызываетъ ни малѣйшей реакціи,—даже функція мочеваго пузыря не измѣняется.

«Я оставляю дренажъ лежать въ теченіи 2—4 недѣль, говоритъ Klotz, и примѣняю только ту предосторожность, что, начиная со дня, когда уже не вытекаетъ кровь, а только сыворотка (4 —6 день) ежедневно вращаю его вокругъ его продольной оси, такъ какъ онъ вслѣдствіе своихъ боковыхъ отверстій прочно врастаетъ и долженъ быть впослѣдствіи удаляемъ съ насиліемъ. Постепенно я замѣняю длинный дренажъ болѣе короткими и тонкими, для того чтобы лишь въ концѣ 4-й недѣли дозволить наступить закрытію раны. Втеченіе этого времени поверхность раны у крестцовой впадины уже закрылась, и на мѣстѣ бывшихъ сращеній я образовалъ 2 рубца, которые не могутъ уже болѣе срастись другъ съ другомъ. Если бы однако наступило сокращеніе рубца, то это предупреждается вкладываніемъ маточнаго штифта и пессарія».
Roux (Delagénière: Annales de Gynécologie 1890 т. XXXIV р. 440) очень хвалитъ способъ Klotz'а, но Czerny [32]), Sänger [172]), Korn [107]), Schramm [183]), и другіе считаютъ его нераціональнымъ и не вѣрятъ, чтобы стекляной дренажъ, введенный въ заднее дугласово пространство, содѣйствовалъ удержанію матки въ искусственно приданномъ ей положеніи.

Считаемъ не лишнимъ замѣтить, что, послѣ того какъ Mickulicz (Veit: Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1890 Band XX р. 59) съ успѣхомъ примѣнилъ коллодій для укрѣпленія блуждающей почки, а Dembowski [38]) на животныхъ получилъ хорошія перитонеальныя склейки отъ смазыванія и склеиванія, предназначенныхъ для соприкосновенія, поверхностей спиртноэфирнымъ растворомъ целлоидина, Veit [222]) и Präger [163]) предложили испробовать это средство для полученія сращенія смѣщенной взадъ матки съ переднею брюшною стѣнкою, но это предложеніе осталось до сихъ поръ лишь предложеніемъ, не будучи пока ни разу выполнено.

Послѣ всего сказаннаго о различныхъ способахъ фиксаціи матки является конечно вопросъ: какой методъ пришиванія ея самый простой и вмѣстѣ съ тѣмъ самый достаточный? Какой меньше всего нарушаетъ функцію мочеваго пузыря? Какой меньше всего будетъ нарушать, могущую наступить послѣ операціи, беременность? Все это не можетъ быть рѣшено теоретическимъ разсужденіемъ, а практическій опытъ въ настоящее время этого также не рѣшаетъ. Методъ Czerny имѣетъ однако преимущество передъ другими вслѣдствіе своей простоты и онъ совершенно достаточенъ для излѣченія заднихъ смѣщеній матки.

Теперь мы скажемъ нѣсколько словъ о нѣкоторыхъ подробностяхъ, относящихся къ 3-му моменту операціи:

1) Кровотеченіе изъ уколовъ при прокалываніи какъ ткани самой матки, такъ и ея роговъ бываетъ самое незначительное, и простое прижатіе обыкновенно бываетъ достаточно для его остановки. Lee [117]) однако указываетъ на то, что хронически воспаленная матка часто имѣетъ очень большіе и очень много сосудовъ и, при прокалываніи ткани ея, она кровоточитъ подобно губкѣ.

2) Пришиваніе матки въ нѣкоторыхъ единичныхъ и очень рѣдкихъ, конечно, случаяхъ можетъ быть столь труднымъ и представлять столько препятствій, что приходится оставить операцію неоконченною, на что указываетъ Polk [155]) и Munde [137]) По Polk'у слѣдующія обстоятельства, найденныя послѣ вскрытія живота, могутъ дать въ результатѣ неокончаніе операціи, или, вѣрнѣе говоря, невозможность хорошо приложить дно матки къ передней брюшной стѣнкѣ: а) присутствіе весьма обширныхъ и плотныхъ сращеній съ тѣми, или иными органами б) чрезмѣрная глубина малаго таза в) рѣзко бросающійся въ глаза малый объемъ матки г) чрезмѣрная короткость и нерастяжимость маточнокрестцовыхъ связокъ при рѣзко выраженномъ оплотненіи нижней части широкихъ связокъ матки.

«Хотя всѣ, приводимыя Polk'омъ, условія въ ихъ крайнихъ степеняхъ, говоритъ проф. Славянскій [195]), должны наблюдаться очень рѣдко, тѣмъ не менѣе на мой взглядъ могутъ встрѣтиться случаи, въ которыхъ будетъ благоразумнѣе со стороны оператора остановиться во время и не стараться во что-бы то ни стало окончить операцію, тѣмъ болѣе, что при заднихъ смѣщеніяхъ, относительно производства операціи, дѣло идетъ никоимъ образомъ не объ indicatio vitalis».

Что эти обстоятельства очень рѣдки, видно изъ того, что только въ 2 случаяхъ, на 389 случаевъ гистеропексіи, опубликованныхъ до настоящаго времени, Polk [155]) и Munde [137]) не могли совершенно пришить матку къ брюшной стѣнкѣ, а Leopold [198])

въ одномъ случаѣ могъ фиксировать ее только однимъ краемъ, и то въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ причиною невозможности приложить матку къ брюшной стѣнкѣ были трудныя для разрушенія сращенія ея съ сосѣдними органами.

3) Для фиксирующихъ матку швовъ хирурги пользовались различными матеріялами. Strong [202]), Zinsmeister [232]), Veit [222]), L. Championnière [22]), Toerngren [213]), Pasquali [149]), Polaillon [162]), Spaeth [197]) и другіе кэтгутомъ.

Cohn [28]), Gottschalk [66]), Leopold [123]), Pozzi [158]), Kelly [89]), Präger [163]), Schauta [181]), проф. Славянскій [195]), Prochownick [164]) и другіе шелкомъ.

Jacobs [84]), Küstner [112]), Hall [71]), Sänger [179]), Olshausen [147]) флорентійскою нитью, Sänger [172]) и Olshausen [143]) въ первыхъ своихъ операціяхъ серебряною проволокою, G. Thomas по Dudley'ю [44]) желѣзною проволокою.

Для сравнительной оцѣнки, употребляемаго для фиксирующихъ швовъ, матеріяла, мы повторимъ выводы Thomson'a [220]), который экспериментировалъ на животныхъ съ различными швами (карболовый, хромовый кэтгутъ, шелкъ, флорентійская нить) по отношенію ихъ способности всасываться и по отношенію ихъ асептичности. Выводы его слѣдующіе: а) шелкъ самое вѣрное и самое лучшее средство сшиванія, такъ какъ онъ можетъ быть совершенно стерилизованъ и такъ какъ онъ современемъ всасывается; б) хромовый кэтгутъ, флорентійская нить и металлическая проволока не резорбируются и не должны быть употребляемы для постоянныхъ погружныхъ швовъ; в) карболовый кэтгутъ и вообще всякій кэтгутъ не долженъ быть употребляемъ для фиксаціи матки вслѣдствіе опасности инфекціи, такъ какъ его очень трудно сдѣлать вполнѣ асептичнымъ, г) карболовый кэтгутъ всасывается слишкомъ скоро для брюшныхъ швовъ.

Четвертый моментъ операціи. Закрытіе брюшной раны послѣ соотвѣтственнаго туалета брюшной полости производится также какъ и послѣ всякаго чревосѣченія. Всякій хирургъ тутъ поступаетъ по своимъ привычкамъ (узловой шовъ, обвивной, многоэтажный и пр). Вообще, при накладываніи швовъ на брюшную рану, нужно стараться достигнуть какъ можно лучшаго соприкосновенія листковъ брюшины между собою, а также глубокой и поверхностной брюшныхъ фасцій, благодаря чему уменьшается возможность появленія брюшной грыжи, такъ какъ именно неполное соединеніе фасціи бѣлой линіи влечетъ за собою послѣдующее образованіе брюшной грыжи (Czerny [32], Fehling [35]).

Кромѣ того замѣтимъ здѣсь, что въ случаѣ обильныхъ кровотеченій изъ разрушенныхъ сращеній, нѣкоторые хирурги, и

говоря уже о Klotz'ѣ [99]), вставляютъ черезъ нижній уголъ брюшной раны въ заднее дугласово пространство обыкновенный резиновый дренажъ (Pozzi [158], Terrier [204]), или кусокъ іодоформенной марли Picqué [150]), который удаляютъ черезъ нѣсколько дней.

Что касается *послѣоперацiоннаго ухода* за больною, то Rosthorn [170]), Laroyenne [1]), Pozzi (Baudouin loc. cit. p. 384 и 388), Poncet (ibidem p. 390) тампонируютъ послѣ операціи влагалище іодоформенной марлею, Munde [139]), Boldt [11]), Феноменовъ [56]), вкладываютъ сейчасъ же послѣ операціи соотвѣтственный, раньше подобранный влагалищный пессарій для устраненія натяженія матки на фиксирующія лигатуры. Этотъ пессарій они удаляютъ черезъ болѣе или менѣе продолжительное время послѣ операціи. Rosthorn [170]), указываетъ однако на то, что отъ пессаріевъ вслѣдствіе особенной чувствительности перипараметріевъ послѣ чревосѣченія легко получается упорное и распространенное воспаленіе въ ретро и парацервикальной клѣтчаткѣ, ведущее впослѣдствіи къ рубцовымъ сморщиваніямъ и образованію нагноеній.

Но большинство хирурговъ считаетъ какъ тампонированіе влагалища послѣ операціи, такъ и поддерживаніе матки влагалищными пессаріями совершенно лишнимъ, ибо подвѣшивающія матку лигатуры на столько крѣпки, что онѣ и безъ помощи поддержекъ со стороны влагалища удержатъ матку въ приданномъ ей положеніи, пока не образуется соединительнотканная склейка, которая замѣнитъ собою резорбированные швы. Лежаніе оперированной въ постели впродолженіи нѣсколькихъ недѣль (2—3) имѣетъ, однако, большое значеніе, такъ какъ оно устраняетъ возможное натяженіе фиксирующихъ матку лигатуръ и образующихся сращеній (Leopold [123]),

Послѣ того какъ оперированная встаетъ съ постели, ей дается совѣтъ избѣгать въ теченіи по крайней мѣрѣ четверти года всякаго рода напряженій и заботиться о правильномъ опорожненіи пузыря и кишечника (Leopold [123]).

IV.

Показанія и противопоказанія къ операціи.

Вопросъ о показаніяхъ къ hysteropex'іи, какъ операціи сравнительно новой, представляетъ еще очень много спорныхъ сторонъ, и мнѣнія авторовъ по этому предмету, какъ видно изъ имѣющейся литературы, весьма разнорѣчивы. Вообще всѣхъ писавшихъ объ этомъ предметѣ можно раздѣлить на 4 группы:

1) Есть хирурги, которые утверждаютъ, что hysteropexia есть незаконная операція, потому что она завѣдомо создаетъ ненормальныя условія т. е. замѣняетъ одно неправильное положеніе матки, — заднее смѣщеніе ея, другимъ, искусственно создаваемымъ неправильнымъ положеніемъ — anteversio-flexio fixata (Winckel [224]), Frommel [62]). Другіе добавляютъ еще, что искусственно содаваемая anteversio матки мѣшаетъ правильному движенію ея и мочеваго пузыря и вызываетъ разстройства со стороны послѣдняго, а также, что она можетъ быть причиною ущемленія кишекъ, что при могущей быть беременности она должна вызывать болѣзненные симптомы и даже выкидышъ и что она подвергаетъ больную риску чревосѣченія. Такого мнѣнія держатся M. Murray [134]), Desprès [40]), Longaker [242]), Harrison [23]), Оттъ [148]), Dudley [44]).

Freund (Zweifel, Centr. für Gynäkolog, 1891 № 34 p. 705) и Schücking [188]) отвергаютъ ее на томъ основаніи, что, при пришиваніи къ брюшной стѣнкѣ, матка выводится въ брюшную полость, между тѣмъ какъ мѣсто небеременной матки въ тазовой полости, а также потому, что она, требуя чревосѣченія, является операціею, угрожающею опасностью жизни. Doléris [41]), C. Braun [14]), Chrobak [29]), St. Braun [15]), отвергаютъ ее на томъ основаніи, что сращенія матки съ пристѣночной брюшиной, на которыхъ основана эта операція, со временемъ растягиваются, разслабляются и исчезаютъ, и матка снова возвращается въ неправильное положеніе.

2) Другіе хирурги, не соглашаясь съ возраженіями вышеприведенныхъ авторовъ, но опасаясь риска, который можетъ повлечь за собою hysteropexia, или выражаясь вѣрнѣе чревосѣченіе, считаютъ законной только дополнительную гистеропексію, т. е. въ случаяхъ, когда по другимъ причинамъ производится чревосѣченіе и одновременно существуетъ заднее смѣщеніе матки, по ихъ мнѣнію, вполнѣ законно исправить неправильное положеніе ея и пришить матку къ передней брюшной стѣнкѣ, ибо пришиваніе ея къ брюшной стѣнкѣ, не имѣя само по себѣ никакихъ дурныхъ сторонъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ прочно испра-

вляя неправильное положеніе матки, не осложняетъ совершенно главной операціи, являясь незначительнымъ побочнымъ пріемомъ. Такого мнѣнія держатся Hervick [78]), Рейнъ [166]), Fritsch [61]), Hegar [74]), Pasquali [149]), Stratz [201]). Особенно, по ихъ мнѣнію, она показана въ случаяхъ, гдѣ при существованіи задняго смѣщенія матки очень сильныя боли, или очень тяжелыя рефлекторныя явленія, зависящія отъ заболѣваній придатковъ, требуютъ чревосѣченія, такъ какъ смѣщеніе матки взадъ можетъ продолжаться и послѣ двусторонней кастраціи и вызывать серьезныя разстройства. Пришиваніе матки при этомъ, правда, является побочною операціею, но важною для конечнаго успѣха въ силу того, что, благодаря ей, избѣгается навсегда заднее смѣщеніе матки.

Здѣсь мы должны замѣтить, что Richelot [169]), Segond [180]), Veit [222]) и Fehling [55]) считаютъ одну кастрацію вполнѣ достаточной для излеченія симптомовъ, зависящихъ отъ задняго смѣщенія матки, такъ какъ послѣдняя, климактерически сморщенная, не вызываетъ никакихъ замѣтныхъ страданій, находясь въ неправильномъ положеніи. Fehling [55]) говоритъ даже: «принципъ дѣйствительной Ventrofixat'іи долженъ состоять въ томъ, чтобы пришивать матку съ сохраненіемъ придатковъ, и если нужно удалять придатки, то тогда не нужно пришивать матки, между тѣмъ большинство случаевъ, описанныхъ въ литературѣ, показываетъ, что это не чистая Ventrofixatio, а Castratio съ Ventrofixat'іей. Но Hegar [74]) указываетъ на то, что успѣхъ кастраціи при перегибѣ матки взадъ можетъ быть проблематиченъ, если послѣдній достигаетъ высокой степени и сопряженъ съ значительными структурными измѣненіями, съ растяженіемъ, перегибомъ и сдавленіемъ нервовъ на мѣстѣ изгиба матки. Также Küstner [112]), Sänger [172]), Flaischlen [244]) и многіе другіе гинекологи считаютъ кастрацію часто недостаточной для излеченія симптомовъ, зависящихъ отъ задняго смѣщенія матки.

3) Принципы третьихъ изложены приблизительно Olshausen'омъ въ его рѣчи, гдѣ онъ говоритъ, что вентральная фиксація допустима только, какъ дополнительная операція, при чревосѣченіяхъ, производимыхъ изъ-за другихъ причинъ и кромѣ того еще первично, какъ крайнее средство, въ единичныхъ, самыхъ отчаянныхъ случаяхъ фиксированныхъ смѣщеній матки взадъ и выпаденія, а также B. S. Schultze [192]), который говоритъ, что во всякомъ случаѣ достойна вниманія мысль, чтобы воспользоваться, при предпринятомъ по другимъ причинамъ чревосѣченіи, случаемъ для окончательнаго предохраненія матки отъ возвратовъ старыхъ смѣщеній взадъ путемъ приживленія ея къ передней брюшной стѣнкѣ, но мысль предпринимать чревосѣченіе изъ-за смѣщеній матки взадъ можетъ быть допустима только въ тѣхъ случаяхъ крѣпкаго сращенія матки

съ прямой кишкой, или съ заднею стѣнкою таза, гдѣ отдѣленіе сращеній безъ чревосѣченія въ глубокомъ наркозѣ не удается. Такого мнѣнія держатся Klotz [100]), Martin [129]), Trelat [218]), Polk [156]), Strong [202]), Jacobs [84]), Rosthorn [170]), Spaeth [197]), Brown [17]), Küstner [112]) и Заяицкій [231]).

Нѣкоторые изъ этой группы считаютъ законной гистеропексію не только при очень значительномъ приращеніи матки въ дугласовомъ пространствѣ, но и при всякомъ приращенномъ смѣщеніи ея, вызывающемъ упорные мучительные симптомы, если матку не удается выпрямить обыкновенными средствами, такъ какъ разрушеніе сращеній послѣ предварительнаго чревосѣченія представляется, по ихъ мнѣнію, actum minoris periculi, чѣмъ насильственное разрушеніе сращеній въ глубокомъ наркозѣ, ибо производится подъ контролемъ глаза и не имѣетъ дурныхъ послѣдствій послѣдняго, а именно болѣе или менѣе сильнаго кровотеченія изъ разорванныхъ сращеній и новаго сращенія пораненныхъ органовъ. Такого мнѣнія держатся Veit [222]), Flaischlen [244]), Fraipont [58]), Routier (Baudouin loc. cit. p. 128), Terrier (ibidem), Lucas—Championnière (ibidem),

4) Четвертая группа, представителями которой являются Sänger [172]), Leopold [123]), Kelly [91]), Cohn [28]), проф. Славянскій [195]), Odebrecht [142]), Czerny [32]), Pozzi [158]), Munde [139]), Tillaux [215]), Delagénière [36]), Baudouin [2]) склонны дать этой операціи бо́льшее распространеніе, допуская гистеропексію, какъ чистую операцію, и для такихъ случаевъ нефиксированныхъ смѣщеній матки взадъ, не осложненныхъ существенными заболѣваніями придатковъ съ тяжелыми мѣстными и отраженными припадками, которые, составляя для больныхъ источникъ болѣзненныхъ мученій, не могутъ быть облегчены діэтетическими и симптоматическими средствами и никоимъ образомъ не могутъ быть удержаны пессаріями въ исправленномъ положеніи, и затѣмъ для случаевъ, не выносящихъ абсолютно пессаріевъ, что по Grünberg'у [68]), встрѣчается обыкновенно при опущеніи здоровыхъ яичниковъ, если, конечно, выяснится, что болѣзненные симптомы зависятъ отъ неправильнаго положенія матки, въ чемъ, по мнѣнію Flaischlen'а [244]), иногда очень трудно быть увѣреннымъ.

При постановкѣ показаній къ операціи, говорятъ Leopold [123]) и Sperling [198]), слѣдуетъ также обращать существенное вниманіе на общественное положеніе больной. У женщины рабочаго класса, которая своему здоровью обязана средствами къ существованію, конечно, гораздо скорѣе показана операція, чѣмъ у лицъ со средствами, которые могутъ доставлять себѣ всякаго рода облегченія.

Здѣсь-же нужно замѣтить, что Munde [139]) и Pozzi [158]) считаютъ производство чистой гистеропексіи при подвижныхъ, но вызывающихъ тяжелые симптомы заднихъ смѣщеніяхъ матки по-

казаннымъ только послѣ предварительно безуспѣшно произведенной операціи Alexander'а, а безъ нея считаютъ ее злоупотребленіемъ, противъ котораго нужно протестовать, а также и то, что Pozzi [158]), Doleris (Baudouin loc. cit. p. 138), Kelly (ibidem), указываютъ на то, что во всѣхъ случаяхъ заднихъ смѣщеній матки, прежде чѣмъ приступить къ операціи, нужно произвести соотвѣтственныя влагалищныя операціи, направленныя противъ заболѣваній матки, влагалища и промежности. Baudouin же [2]) считаетъ ихъ показанными только въ очень акцентуированныхъ случаяхъ.

Чтобы полнѣе очертить показанія къ брюшному пришиванію матки, упомяну еще, что означенная операція кромѣ заднихъ смѣщеній матки, интересующихъ насъ въ настоящей работѣ, производилась, какъ первичная чистая операція при Retroversio-flexio матки въ случаяхъ первичнаго и вторичнаго выпаденія ея послѣ и безъ, предварительно произведенныхъ, влагалищныхъ операцій выпаденія (Olshausen [143]), Küstner [112]), Матляковскій [132]), проф. Славянскій [195]), Н. Феноменовъ [56]), Dumoret [46]), Terrier [204]), Engström [52]) и другіе).

Гистеропексія предложена еще: 1) при опущеніи здоровыхъ яичниковъ какъ консервативная, уничтожающая рефлекторныя явленія, операція (Kelly [89], Pozzi [158]).

2) При нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ выворота матки, неподдающагося обыкновенному леченію со стороны влагалища, т. е. а) при невправимомъ per vaginam выворотѣ матки и б) при вправимомъ путемъ влагалищнымъ, но невозможномъ для удержанія этимъ путемъ, выворотѣ матки (Baudouin [2]).

3) При невправимыхъ формахъ смѣщеній взадъ беременной матки (Baudouin [2]).

Какъ дополнительная операція Hysteropexia при заднихъ смѣщеніяхъ матки произведена 213 разъ, какъ первичная 176 разъ. Изъ этого числа, какъ чистая операція при подвижномъ смѣщеніи матки взадъ съ тяжелыми мѣстными и отраженными явленіями 44 раза, а 132 раза, какъ первичная операція при приращенныхъ смѣщеніяхъ матки взадъ, изъ которыхъ нѣкоторыя осложнены были незначительными заболѣваніями придатковъ, которыхъ нельзя было констатировать до вскрытія брюшной полости.—Кромѣ того, въ 5 случаяхъ первичной гистеропексіи, вмѣстѣ съ исправленіемъ неправильнаго положенія матки, излечено было опущеніе здоровыхъ яичниковъ, которое констатировано было до операціи.

Кромѣ противопоказаній къ производству hysteropex'іи, какъ операціи, сопряженной съ предварительнымъ чревосѣченіемъ, имѣющимъ уже достаточно извѣстныя и широко очерченныя противопоказанія Küstner [112]) и Gottschalk [64]) считаютъ противопока-

занной консервативную гистеропексію т. е. гистеропексію съ сохраненіемъ придатковъ у женщинъ въ періодѣ половой дѣятельности, ибо если женщина послѣ гистеропексіи забеременѣетъ, то сращенія матки съ передней брюшной стѣнкой, начиная съ извѣстнаго мѣсяца беременности, по ихъ мнѣнію, задерживаютъ ея ростъ, и вслѣдствіе этого якобы неизбѣжнымъ является выкидышъ.

Schuhl [191]) также думаетъ, что hysteropexia можетъ быть непосредственной причиной аборта, такъ какъ матка вслѣдствіе операціи теряетъ необходимую для своего разрастанія во время беременности подвижность.

Küstner [111]) выводитъ это заключеніе, основываясь на одномъ случаѣ изъ своей практики, гдѣ у женщины съ значительной субсерозной міомой дна матки и беременной на 3-мъ мѣсяцѣ (задняго смѣщенія матки не было въ этомъ случаѣ) онъ произвелъ лапароміомотомію (29 ноября 1884 г.), ножку опухоли вшилъ въ брюшную рану и на 21-й день послѣ операціи получилъ абортъ. «Матка, разростаясь, потягивала за рубецъ, говоритъ Küstner, но такъ какъ фиксація не разслаблялась, то и произошелъ абортъ».

Gottschalk [64]) же свое заключеніе выводитъ на основаніи одного своего случая, гдѣ 10 ноября 1889 г. при внутрисвязочной лѣвосторонней оваріяльной кистѣ, осложненной подвижнымъ загибомъ матки взадъ, у женщины до тѣхъ поръ 4 раза рожавшей, онъ удалилъ кисту посредствомъ чревосѣченія и укрѣпилъ выпрямленную матку 2 шелковыми швами по способу Leopold'a, безъ соскабливанія брюшины, къ передней брюшной стѣнкѣ. Больная эта приблизительно черезъ годъ послѣ операціи забеременѣла и выкинула на 6-й недѣлѣ беременности. Удаляя выкидышъ, Gottschalk нашелъ, что вся задняя стѣнка матки, включая и дно, истончена и растянута, тогда какъ передняя стѣнка до того мѣста, гдѣ она плотно сращена съ брюшной стѣнкой, нормальна, и даже сверхъ нормы толста. Это различіе въ толщинѣ обѣихъ стѣнокъ Gottschalk объясняетъ тѣмъ, что передняя стѣнка, занятая сращеніями, не можетъ слѣдовать за ростомъ яйца, и ростущее яйцо по необходимости должно доставить себѣ просторъ тѣмъ, что задняя стѣнка истончается ad maximum, пока наконецъ, вслѣдствіе неудержимаго растягиванія ея, не откроется маточный зѣвъ и не наступитъ абортъ. «Хорошо и къ счастью больной, говоритъ Gottschalk, что при подобныхъ обстоятельствахъ наступаетъ абортъ, такъ какъ если-бы этого не случилось, то въ дальнѣйшемъ теченіи беременности дѣло могло-бы дойти до разрыва матки, а такимъ положеніемъ дѣлъ онъ устраняется.»

Schuhl свое заключеніе выводитъ, также основываясь на случаѣ Küstner'a.

По мнѣнію Sänger'a [179]), какъ одинъ, такъ и другой случай ровно ничего не доказываютъ, такъ какъ Küstner имѣлъ дѣло не съ абортомъ послѣ чистой гистеропексіи, а съ энуклеаціей міомы во время беременности, (при чемъ фиксація матки къ передней брюшной стѣнкѣ была предпринята только въ видахъ охраненія брюшины отъ подозрительной раны послѣ міомы), съ послѣдующимъ абортомъ, который если-бы не явился, это было-бы чудомъ. Что касается случая Gottschalk'a, то непонятно, говоритъ Sänger, чтобы плодъ величиною въ гусиное яйцо, у четыре раза рожавшей, могъ растянуть заднюю стѣнку матки до возможности разрыва,—причину аборта въ этомъ случаѣ, по его мнѣнію, надо поставить въ зависимости отъ состоянія, оставленныхъ Gottschalk'омъ, лѣвосторонних придатковъ послѣ удаленія внутрисвязочной лѣвосторонней кисты, или отъ другихъ возможныхъ причинъ аборта, которыхъ Gottschalk совсѣмъ не старается привести. Что касается разницы въ толщинѣ передней и задней стѣнокъ матки, которую нашелъ Gottschalk, удаляя выкидышъ, то, по мнѣнію Sänger'a, при опорожненіи матки задняя стѣнка ея всегда представляется болѣе тонкою, чѣмъ передняя.

По мнѣнію Sänger'a [179]) еще до наступленія беременности сращенія на мѣстѣ укрѣпленія матки являются болѣе, или менѣе растянутыми, дальнѣйшее ихъ растяженіе происходитъ безъ насилій по мѣрѣ того, какъ матка постепенно увеличивается въ высоту, благодаря разрыхленію сращеній, принимающихъ участіе въ общемъ разрыхленіи тканей при беременности, и податливости пристѣночной брюшины передней брюшной стѣнки, и всегда разрастающаяся беременная матка пересилитъ задерживающую ее силу. Того-же мнѣнія держится Flaischlen [244]). Fraipont [58]) говоритъ: «если беременность наступаетъ вскорѣ послѣ операціи, когда сращенія матки съ передней брюшной стѣнкой очень васкуляризованы и не очень резистентны, разрастающаяся матка растянетъ ихъ и окончательно ихъ разрушитъ. Если женщина забеременѣетъ черезъ мѣсяцы, или годы послѣ гистеропексіи, то результатъ будетъ тотъ-же, ибо дно матки, фиксированное первоначально къ брюшной стѣнкѣ надъ симфизомъ, понемногу опускается и входитъ въ малый тазъ подъ вліяніемъ своего собственнаго вѣса, давленія на нее со стороны кишекъ и влеченія со стороны влагалища, и сращенія, которыя были первоначально широки, разслабляются, растягиваются и образуютъ родъ снурка—родъ срединной круглой связки, болѣе или менѣе толстой, которая удерживаетъ матку въ ея новомъ положеніи. Когда женщина забеременѣетъ, то эта рубцовая связка васкуляризуется, имбибируется, отекаетъ и дѣлается подобною всѣмъ другимъ естественнымъ маточнымъ связкамъ. Она совер-

шенно не будетъ составлять препятствія росту матки, и эта послѣдняя, поднимаясь по направленію къ большому тазу, растянетъ ее и даже совершенно разорветъ».

Olshausen [147]) также не раздѣляетъ опасеній Küstner'a и Gottschalk'a, какъ это видно изъ слѣдующихъ словъ его: «высказанныхъ другими авторами опасеній, что вентрофиксированная матка при послѣдующей беременности должна по необходимости датъ абортъ, мы не раздѣляемъ, скорѣе-же думаемъ, что глубокія измѣненія кровообращенія въ половыхъ органахъ во время беременности очень хорошо могутъ растянуть и раздѣлить сращенія, которыя естественно могутъ быть только тонкими».

Наблюденія Leopold'a [125]), Flaischlen'a [244]), Fraipont'a [58]), Klotz'a [105]), Hanks'a [72]), Routier (Pozzi: Traité de Gynécologie 1890 p. 504), Deneffe'a [39]), Sänger'a [179]) и Olshausen'a [147]) показали, что беременность послѣ брюшнаго пришиванія матки протекаетъ правильно, что въ большинствѣ случаевъ доходитъ до срока, что роды бываютъ правильны, атоніи матки послѣ родовъ не бываетъ, инволюція ея не задерживается, и матка въ большинствѣ случаевъ послѣ родовъ остается прикрѣпленной къ передней брюшной стѣнкѣ.

A. Holowko [81]) на основаніи одного случая смерти послѣ родовъ, вслѣдствіе кровотеченія въ концѣ беременности изъ разорванныхъ старыхъ сращеній между кишками, съ положительностью высказывается вообще противъ искусственнаго вызыванія сращеній у женщинъ могущихъ забеременѣть впослѣдствіи, и противъ hysteropex'іи при тѣхъ-же условіяхъ въ частности, такъ какъ беременность, по его мнѣнію, обусловливая рядъ явленій застоя и переполненія сосудовъ брюшной полости, служитъ предрасполагающимъ моментомъ къ разрыву послѣднихъ въ перитонитическихъ сращеніяхъ.

Проф. Славянскій [195]) считаетъ противопоказанной hysteropex'ію при имѣющейся уже беременности. Также, по его мнѣнію, у женщинъ, приближающихся къ климактерическимъ годамъ, не слѣдуетъ торопиться съ производствомъ операціи, ибо, откладывая ее, насколько позволяетъ состояніе больной, можетъ удасться выиграть время, и наступленіе климактерія въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ весьма благотворно повліять даже на весьма рѣзко выраженные симптомы.

Küstner [112]), Gottschalk [64]) и Матляковскій [132]) считаютъ показанной консервативную гистеропексію только у женщинъ пожилыхъ, перешедшихъ за climax, или близкихъ къ нему. Fehling [55]) также самыми благопріятными случаями для консервативной гистеропексіи считаетъ тѣ случаи, гдѣ вслѣдствіе возраста, или другихъ измѣненій беременность можетъ быть исключена.

V.

Вліяніе пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ на функцію мочеваго пузыря. Теченіе послѣопераціоннаго періода.

Такъ какъ пространство, занимаемое мочевымъ пузыремъ при наполненіи его мочею, значительно ограничивается послѣ брюшнаго укрѣпленія матки сзади и сверху, то a priori кажется, что мочевой пузырь не будетъ въ состояніи послѣ операціи наполняться свободно и совершенно мочею. Отсюда конечно является теоретическое умозаключеніе, что мочеиспусканіе послѣ операціи станетъ учащеннымъ, если не навсегда, то по крайней мѣрѣ на нѣкоторое время, пока пузырь не привыкнетъ къ этому новому своему положенію, и что сокращенія пузыря при мочеиспусканіи сдѣлаются болѣзненными вслѣдствіе давленія пришитой къ брюшной стѣнкѣ матки.

Но наблюденія у постели больныхъ показали, что теоретическія предположенія не оправдываются на практикѣ, такъ какъ мочевой пузырь, вслѣдствіе значительной растяжимости своихъ стѣнокъ во всѣхъ направленіяхъ, вмѣсто того чтобы растягиваться вверхъ, растягивается въ стороны (Dudley [44]), Sänger [172]), Dumoret [46]), и такимъ образомъ уменьшеніе пространства, занимаемаго мочевымъ пузыремъ, быстро выравнивается (Fehling [55]); кромѣ того матка вскорѣ послѣ операціи дѣлается подвижною и легко отодвигается мочевымъ пузыремъ, при его наполненіи, назадъ, подобно нормально антефлектированной маткѣ (Flaischlen [244]). Если иногда вначалѣ оперированная и страдаетъ частыми позывами къ мочеиспусканію во время первыхъ дней послѣ операціи, говоритъ Fehling [55]), то это явленіе вскорѣ исчезаетъ.

На 389 случаевъ гистеропексіи при заднихъ смѣщеніяхъ матки, опубликованныхъ до настоящаго времени, не смотря на то, что всѣ операторы караулили, такъ сказать, разстройства со стороны мочеваго пузыря, эти послѣднія отмѣчены только въ 9 случаяхъ,

а именно: въ двухъ первыхъ случаяхъ Sänger'а [172]), въ одномъ случаѣ Werth'а (Kelly: International Journal of the medical Sciences 1888 p. 468), въ одномъ случаѣ Picqué (Baudouin loc. cit. p. 336), въ случаѣ Рейна (Ляхницкій: Протоколы засѣданій Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ p. 61), въ двухъ случаяхъ Leopold'а (Sperling: Deutsche Medicinische Wochenschrift 1891 p. 179) и въ двухъ случаяхъ Zinsmeister'а [282]), о которыхъ мы скажемъ нѣсколько словъ:

а) Въ двухъ случаяхъ Sänger'а въ первые дни послѣ операціи дополнительной гистеропексіи при односторонней посредственной фиксаціи матки наблюдались частые и болѣзненные позывы къ мочеиспусканію, скоро исчезнувшіе безвозвратно.

б) Въ случаѣ Werth'а на 3-й день послѣ дополнительной гистеропексіи при двусторонней посредственной фиксаціи матки, наблюдалась легкая дизурія, на 7-й день задержаніе мочи и затѣмъ легкое недержаніе мочи, продолжавшееся нѣсколько дней, также совершенно исчезнувшее.

в) Въ одномъ случаѣ Picqué послѣ первичной гистеропексіи при непосредственной фиксаціи матки по способу самого автора, развился циститъ, къ которому скоро присоединились явленія Pyelonephritidis, но эти осложненія, какъ замѣчаетъ самъ L. Picqué, зависѣли не отъ пришиванія матки къ брюшной стѣнкѣ, а отъ катетеризаціи нечистымъ инструментомъ послѣ операціи.

г) Въ случаѣ Рейна, послѣ дополнительной гистеропексіи при непосредственной фиксаціи матки по способу Leopold'а, первые 4 дня послѣ операціи были незначительныя боли при накопленіи мочи въ пузырѣ, которыя скоро исчезли, а затѣмъ нѣкоторое время явилось чувство переполненія пузыря даже при его опорожненіи.

д) Въ двухъ случаяхъ Leopold'а, одинъ послѣ первичной, другой послѣ дополнительной гистеропексіи, при фиксаціи матки по способу самого автора, Sperling наблюдалъ немного учащенные позывы къ мочеиспусканію, продолжавшіеся во все время наблюденія за оперированными, т. е. около года, но эти симптомы, по мнѣнію Sperling'а, въ виду того что бо́льшая часть оперированныхъ Leopold'омъ не жаловалась на разстройство функціи мочеваго пузыря, и матка у обѣихъ больныхъ подвижна и не воспалена, да при томъ обѣ онѣ женщины нервныя, можетъ быть зависятъ отъ чисто нервнаго страданія, которое со временемъ пройдетъ.

е) Наконецъ въ двухъ случаяхъ Zinsmeister'а, одинъ послѣ первичной, другой послѣ дополнительной гистеропексіи при непосредственной фиксаціи матки по способу Zinsmeister'а, наблюдались незначительныя боли при мочеиспусканіи впродолженіи первыхъ 8—10 дней послѣ операціи.

Что касается вліянія брюшнаго укрѣпленія матки на заболѣванія и разстройства со стороны мочеваго пузыря, бывшія до операціи, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно не имѣло замѣтнаго вліянія на эти послѣднія. Такъ въ одномъ случаѣ Czerny [32]) и въ одномъ Cohn'а [28]), въ которыхъ до гистеропексіи были явленія хроническаго цистита, эти явленія продолжались нѣкоторое время послѣ операціи и затѣмъ по немногу исчезли.

2) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гистеропексія оказала очень благотворное вліяніе на заболѣванія и разстройства мочеваго пузыря, наблюдавшіяся до операціи. Такъ, въ одномъ случаѣ Küstner'а (J. Grünberg loc. cit. p. 48), гдѣ до операціи была анурія и затрудненіе мочеиспусканія, продолжавшееся два года, такъ что мочеиспусканіе было вызываемо только искусственнымъ образомъ, явленія эти исчезли вслѣдъ за операціей. Въ двухъ случаяхъ Czerny [33]), въ которыхъ до гистеропексіи были явленія паралича мочеваго пузыря, явленія эти также исчезли послѣ операціи, въ одномъ на нѣкоторое время, въ другомъ навсегда. Въ случаяхъ Routier (Baudouin loc. cit. p. 395). Schultze (ibidem p. 286), Quenu (ibidem p. 379) и въ другихъ случаяхъ Küstner'а (J. Grunberg loc. cit. p. 42) и Czerny [32]), разстройства со стороны мочеиспусканія, бывшія до операціи, а именно частые позывы къ мочеиспусканію, недержаніе мочи, а въ случаѣ Quenu и временное задержаніе мочи, исчезли вскорѣ послѣ ея производства.

3) Ухудшеній болѣзненныхъ состояній со стороны мочеваго пузыря, бывшихъ до операціи, ни въ одномъ случаѣ послѣ производства ея не наблюдалось.

Теперь намъ остается сказать нѣсколько словъ о теченіи послѣопераціоннаго періода, вообще, и о тѣхъ осложненіяхъ, которые иногда при немъ наблюдались различными авторами.

Послѣопераціонное теченіе протекало почти во всѣхъ опубликованныхъ случаяхъ гистеропексіи, какъ первичной, такъ и дополнительной гладко, безъ осложненій и реакціи, съ рѣдкими температурными повышеніями до 38,5°C, что отмѣчено Klotz'емъ [105]), Sänger'омъ [172]), Grünberg'омъ [68]), Ляхницкимъ [127]) и другими.

Какъ осложненія, наблюдаемыя въ послѣоперационномъ періодѣ и приписываемыя операціи, отмѣчены:

1) Абсцессъ лѣвой широкой связки, вскрывшійся въ нижній уголъ раны—въ случаѣ Sims'а [193]).

2) Образованіе большой брюшной грыжи, безпокоющей больную вслѣдствіе ранняго снятія бинта и тяжелой работы на швейной машинѣ въ случаѣ Fehling'а [55]).

3) Незначительныя грыжи въ нижнемъ углу раны—въ шести

случаяхъ Klotz'а [100]), нѣсколькихъ Schramm'а [183]) и въ одномъ случаѣ Leopold'а [198]).

4) Образованіе прямокишечной фистулы, какъ послѣдствіе вскрытія въ rectum абсцесса, образовавшагося послѣ разрушенія обширныхъ сращеній въ дугласовомъ пространствѣ,—въ случаѣ Strong'а [202]).

5. Образованіе фистулы въ передній дугласъ вслѣдствіе нагноенія въ брюшныхъ покровахъ вокругъ временныхъ, фиксирующихъ матку, лигатуръ—въ случаѣ Fehling'а [55]).

6. Тромбозъ лѣвой бедренной вены на почвѣ анеміи — въ случаѣ Cohn'а [28]).

7. Тромбозъ лѣвой бедренной вены и инфарктъ легкихъ—въ случаѣ Leopold'а [198]).

8. Тромбозъ лѣвой бедренной вены съ послѣдующею невральгическою болью по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва и легочная эмболія, какъ слѣдствіе венознаго тромбоза септическаго происхожденія въ одной изъ венъ, близко лежащихъ къ небольшому абсцессу брюшной стѣнки, который образовался отъ употребленія для закрытія брюшной раны необеззараженнаго кэтгута—въ случаѣ Quenu (Baudouin loc. cit. p. 379).

9. Нагноеніе и незначительные абсцессы вокругъ фиксирующихъ матку лигатуръ—въ случаѣ Terrier (Baudouin loc. cit. p. 396), Рейна (Ляхницкій loc. cit. p. 61), Küstner'а [112]) и въ 3-хъ случаяхъ Bode [6])

Здѣсь мы должны замѣтить, что Bode [6]) на абсцессы вокругъ фиксирующихъ матку лигатуръ смотритъ какъ на результатъ разрыванія брюшныхъ мышцъ накладываемыми петлями нитокъ, а не какъ на результатъ инфекціи нечистымъ матеріаломъ.

10) Нагноеніе а) вокругъ швовъ, закрывающихъ брюшную рану —въ случаѣ Kelly [89]), Sänger'а [172]), Picqué (Baudouin loc. cit. p. 332), Pozzi (ibidem p. 388), Lee [117]),

б) въ нижнемъ углу раны—въ случаѣ Sänger'а [172]), Pasquali [149]), Picqué (Baudouin loc. cit. p. 332)

в) и въ брюшныхъ покровахъ въ ранѣ - въ двухъ случаяхъ Fehling'а [55]) и въ случаѣ Flaischlen'а [244])

11) Воспаленіе въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ послѣ разрушенія сращеній—въ случаѣ Küstner'а (J. Grünberg loc. cit. p. 46) и въ случаѣ Рейна (Ляхницкій loc. cit. p. 61)

12) Сильныя боли, вызванныя пришиваніемъ матки, заставившія удалить фиксирующія лигатуры вскорѣ послѣ операціи,—въ двухъ случаяхъ Klotz'а, [100]) болѣе сильныя боли, чѣмъ послѣ обыкновеннаго чревосѣченія—въ трехъ случаяхъ Bode [6]).

13) Незначительныя разстройства со стороны мочеваго пузыря въ 9 случаяхъ, о которыхъ мы уже упоминали.

14) Два случая смерти; одинъ отъ септическаго перитонита на 7-й день послѣ операціи (Sims[193]), другой отъ внутренняго ущемленія кишекъ, какъ послѣдствія образованія околоматочныхъ и кишечныхъ сращеній (H. Kelly[92]).

VI.

Результаты операціи съ точки зрѣнія радикальнаго излеченія заднихъ смѣщеній матки и вызываемыхъ ими функціональныхъ разстройствъ. Вліяніе гистеропексіи на зачатіе, беременность, роды и послѣродовой періодъ.

Теперь мы переходимъ къ найболѣе существенной, съ точки зрѣнія практическаго врача, сторонѣ вопроса о гистеропексіи, а именно къ выясненію тѣхъ терапевтическихъ результатовъ, которые она даетъ въ рукахъ примѣнявшихъ ее хирурговъ.

Такъ какъ гистеропексія производится съ цѣлью радикальнаго излеченія заднихъ смѣщеній матки и вызываемыхъ ими функціональныхъ разстройствъ, то мы посмотримъ, насколько она отвѣчаетъ этимъ двумъ сторонамъ преслѣдуемой ею цѣли.

Что касается вліянія данной операціи на излеченіе заднихъ смѣщеній матки въ смыслѣ ортопедическомъ, то на 389 опубликованныхъ случаевъ ея, если исключить случай Sims'a[193]) смерти вскорѣ послѣ операціи и два Klotz'a, [100]) гдѣ вслѣдствіе сильной болѣзненности, вызванной брюшнымъ укрѣпленіемъ матки, вскорѣ послѣ операціи были удалены фиксирующія матку лигатуры, т. е. на 386 случаевъ —неуспѣхъ ея—возобновленіе черезъ болѣе, или менѣе продолжительное время послѣ операціи задняго смѣщенія матки съ возобновленіемъ функціональныхъ разстройствъ и болей, вызываемыхъ имъ, или уменьшеніемъ и даже уничтоженіемъ симптомовъ, легко объясняемыхъ одновременнымъ съ гистеропексіей удаленіемъ измѣненныхъ придатковъ, или разрушеніемъ фиксирующихъ матку сращеній и зависимостью болѣзненныхъ симптомовъ отъ этихъ послѣднихъ, а не отъ смѣщенія матки,—констатированъ въ 28 случаяхъ.

Случаи эти слѣдующіе: 12 случаевъ Klotz'a, [100 — 105]), 2 Gusserow'a [69]), 2 Strong'a [202]), два Bardenheuer'a (Franck: Centr. für gynäk. 1886 p. 667), одинъ Montgomery [135]), Stratz'a [200]), Martin'a, [129]), Veit'a [222]), Hegar'a [75]), Coe [27]), Spaeth'a [197]), Picqué (Baudouin loc. cit. p. 332) (Boldt'a [11]), и Leopold'a [198]).

Неполный успѣхъ т. е. матка осталась послѣ операціи въ ретропозиціи, умѣренно фиксированной кзади, но не въ ретрофлексіи, констатированъ въ 2 случаяхъ Veit'a [212]).

Вмѣстѣ мы имѣемъ 30 случаевъ возобновленія неправильнаго положенія матки на 386 случаевъ гистеропексіи при заднихъ смѣщеніяхъ матки т. е. 7,78%.

Распредѣляя эти случаи рецидивовъ по способамъ фиксаціи матки, мы находимъ:

1) ортопедическихъ неуспѣховъ при фиксаціи матки ненепосредственной отмѣчено 21, а именно 11 случаевъ Klotz'a (односторонняя посредственная фиксація матки съ позадиматочнымъ дренажемъ, или безъ таковаго) одинъ случай Stratz'a, одинъ Montgomery, Spaeth'a, Hegar'a (односторонняя посредственная фиксація матки), два случая Gusserow'a, два Strong'a и два Bardenheuer'a (двусторонняя посредственная фиксація матки).

2) при непосредственной фиксаціи матки неуспѣховъ 9: три случая Veit'a (фиксація дна матки), одинъ случай Martin'a, Klotz'a, Leopold'a (фиксація дна матки по способу Leopold'a), одинъ случай Picqué (фиксація матки по способу Picqué), одинъ Boldt'a (фиксація матки по способу Boldt'a) и одинъ Coe (фиксація дна матки).

При первичныхъ гистеропексіяхъ рецидивъ задняго смѣщенія отмѣченъ въ 17 изъ 176 случаевъ ея т. е. 9,65%.

При дополнительныхъ гистеропексіяхъ при одностороннемъ, или двустороннемъ удаленіи измѣненныхъ придатковъ рецидивъ задняго смѣщенія отмѣченъ въ 13 изъ 213 случаевъ ея т. е. 6,10%.

На 366 случаевъ гистеропексіи при перегибахъ матки взадъ 29 неуспѣховъ т. е. почти 8%, на 23 случая гистеропексіи при отклоненіяхъ матки взадъ одинъ неуспѣхъ (случай Montgomery) т. е. 4,34%.

На 90 случаевъ гистеропексіи при подвижныхъ смѣщеніяхъ матки взадъ съ одновременной кастраціей, или безъ таковой, неуспѣховъ 3 т. е. 3,33%.

На 299 случаевъ гистеропексіи при фиксированныхъ смѣщеніяхъ матки взадъ неуспѣховъ 27 т. е. почти 9%.

Матеріялъ для фиксирующихъ матку лигатуръ въ большинствѣ случаевъ не имѣлъ вліянія на возобновленіе задняго смѣщенія матки. Рецидивы отмѣчены какъ при кэтгутовыхъ, такъ и при шелко-

выхъ швахъ и швахъ изъ флорентійской нити, и хотя Cohn [28]), Olshausen [146]), Präger [163]), и Polaillon [162]) указываютъ на то, что кэтгутъ слишкомъ скоро разсасывается, для того чтобы могъ быть примѣняемъ для пришиванія матки, а Flaischlen [244]) кромѣ того еще что онъ вслѣдствіе слабаго раздраженія не въ состояніи вызвать плотныхъ сращеній, но Terrillon [210]), и Lucas Championniére [22]) утверждаютъ, что хорошо приготовленный кэтгутъ можетъ служить вполнѣ надежнымъ матеріяломъ для этой цѣли.

Время, по прошествіи котораго произошелъ рецидивъ задняго смѣщенія матки послѣ операціи отмѣчено только въ 11 изъ 30 случаевъ рецидива. Оно колеблется отъ нѣсколькихъ дней послѣ операціи, до нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а именно:

а) Въ случаѣ Montgomery на 4-й день послѣ посредственной гистеропексіи, произведенной карболовымъ кэтгутомъ. Больная въ этомъ случаѣ встала на 2-й день послѣ операціи; у нея появился сильный бронхитъ съ значительнымъ повышеніемъ температуры, и вслѣдствіе кашлевыхъ движеній швы разошлись, и матка возвратилась въ неправильное положеніе.

б) Въ одномъ случаѣ Klotz'а вскорѣ послѣ операціи.

в) Въ случаѣ Leopold'а черезъ 4 недѣли послѣ операціи. Этой больной черезъ мѣсяцъ послѣ гистеропексіи произведена Colpoperineorraphia, а 3 недѣли спустя послѣ этого вторичная гистеропексія съ хорошимъ успѣхомъ, констатированнымъ спустя болѣе года, не смотря на беременность, которая наступила вскорѣ послѣ второй операціи, и роды.

г) Въ случаѣ L. Picqué черезъ 1 мѣсяцъ послѣ операціи.

д) Въ 2-хъ случаяхъ Strong'а черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи.

е) Въ случаѣ Spaeth'а и въ 2-хъ случаяхъ Klotz'а черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи.

ж) Въ случаѣ Coe черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи.

з) Въ случаѣ Martin'а черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ операціи.

Въ остальныхъ 356 случаяхъ (на 386 случаевъ ея) гистеропексія дала хорошіе результаты въ смыслѣ положенія матки т. е. въ 92,22°/₀.

Изъ этихъ 356 случаевъ 201 оперированныхъ т. е. 56,43°/₀ изслѣдованы только впродолженіи времени, отъ нѣсколькихъ недѣль до двухъ мѣсяцевъ т. е. впродолженіи того времени, которое онѣ оставались въ клиникахъ и больницахъ.

Прочія больныя въ числѣ 155 т. е. 43,57°/₀ были прослѣжены болѣе продолжительное время послѣ операціи, которое колеблется отъ 3-хъ мѣсяцевъ до 5 лѣтъ, причемъ:

1) **Отъ 3—6 мѣсяцевъ прослѣжены 42 случая**, а именно:

четыре случая Martin'a [129]), четыре случая Edebohls'a [47]), четыре Sänger'a [172]), пять Jacobs'a [84]), три Kelly [95]), три Spaeth'a [197]), два Fehling'a [55]), два Toerngren'a [213—214]), два Lee [117]), два Picqué (Baudouin loc. cit. p. 232), одинъ Rosthorn'a [170]), одинъ Schroeder'a [187]), одинъ Lihotsky (Rosthorn Archiv für Gynekol. 1890 Band 37. Heft. 3 p. 337), одинъ Olshausen'a [146]), одинъ Pasquali [149]), одинъ Cohn'a [28]), одинъ Byford'a (Baudouin loc. cit. p. 334), одинъ Poncet'a (ibidem p. 390) и одинъ Debrunner'a. [35]).

2). *Отъ 6—9 мѣсяцевъ прослѣжены 34 случая* а именно: двѣнадцать случаевъ Klotz'a [100]), четыре Boldt'a [11]), два Lucas Championnière'a (Baudouin loc. cit. p. 377 и 394) два Spaeth'a [197]), два L. Tait'a [203]), два Präger'a [163]), два случая Flaischlen'a [244]), одинъ Debrunner'a [35]), одинъ Mangaigalli (Baudouin loc. cit. p. 316) одинъ Schultze (ibidem p. 286) одинъ Strong'a [202]), одинъ Olshausen'a [143]), одинъ Thiriar'a [219]), одинъ Veit'a [222]), и одинъ Rosthorn'a [170]).

3) *Отъ 9—12 мѣсяцевъ прослѣжены 12 случаевъ,* а именно: два Boldt'a [11]), два Spaeth'a [197]), два Lucas-Championnière'a (Baudouin loc. cit. p. 330 и 332), одинъ Quenu (ibidem p. 379), одинъ Bode [4]), одинъ Olshausen'a [143]), одинъ Küstner'a [112]), одинъ Рейна (Ляхницкій loc. cit. p. 61), одинъ Flaischlen'a [244]).

4). *Отъ 1-го года до $1^1/_2$ года прослѣжены 28 случаевъ,* а именно: восемь случаевъ Leopold'a [198]), три Stratz'a [200]), три Korn'a [107]), два Lee [117]) два Spaeth'a [197]), два Klotz'a [105]), одинъ Kelly [89]), одинъ Staude [199]), одинъ Czerny [32]), одинъ Bazy (Baudouin loc. cit. p. 377), одинъ Terrier (ibidem p. 296) одинъ Routier (ibidem p. 375), одинъ Gottschalk'a [64]), одинъ Skene Keitch'a [88]).

5. *Отъ $1^1/_2$ года до 2 лѣтъ прослѣжены 14 случаевъ,* а именно: четыре Flaischlen'a [244]), три Leopold'a [198]), два von Winiwarter'a (Fraipont loc. cit. p. 531) два Czerny [32]), одинъ Olshausen'a [146]), одинъ Terrier (Baudouin loc. cit. p. 326) и одинъ проф. Славянскаго [195]).

6). *Отъ 2—$2^1/_2$ лѣтъ прослѣжены 8 случаевъ,* а именно: три случая Leopold'a [198]), одинъ Czerny [32]), одинъ Sims'a [193]), одинъ Sänger'a [179]), одинъ Spaeth'a [197]), и одинъ Fehling'a [55]).

7). *Отъ $2^1/_2$ бо 3 лѣтъ прослѣжены 5 случаевъ,* а именно: три случая Leopold'a [198]), одинъ Boldt'a [11]) и одинъ Kaltenbach'a (Olshausen: Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1890 Band XX p. 219).

8) *Отъ 3 до $3^1/_2$ лѣтъ прослѣженъ 1 случай,* а именно случай Sänger'a [179]).

9). *Отъ $3^1/_2$ до 4 лѣтъ прослѣжены 10 случаевъ,* а именно:

6 случаевъ Klotz'a (Baudouin loc. cit. p. 272), два Leopold'a [198]), одинъ Spaeth'a [197]), и одинъ Heunig'a [76]).

10). *Отъ 4 до 5 лѣтъ прослѣжены 3 случая*, а именно: одинъ случай Leopold'a [198]), одинъ Spaeth'a [197]), и одинъ Koeberlé [106]).

Въ большинствѣ этихъ случаевъ матка только нѣкоторое время послѣ операціи оставалась фиксированной надъ симфизомъ, затѣмъ же обыкновенно, вслѣдствіе растяженія укрѣпляющихъ ее сращеній, становилась подвижной и опускалась въ малый тазъ, не теряя однако связи съ брюшною стѣнкою (Zweifel [234]), Fraipont[58]) и другіе).

Изслѣдованіе больныхъ болѣе трехъ мѣсяцевъ послѣ операціи Baudouin [2]) считаетъ совершенно достаточнымъ для установленія радикальнаго излеченія задняго смѣщенія матки, потому что по истеченіи одного мѣсяца или немного болѣе всѣ оперированыя уже выписываются изъ госпиталей, принимаются за свою работу и снова поставлены въ обыкновенныя условія жизни, Sperling [198]) же и Leopold [198]) утверждаютъ, что обнародованіе случаевъ гистеропексіи для показанія радикальнаго излеченія ею заднихъ смѣщеній матки должно производиться лишь послѣ нѣскольколѣтнихъ наблюденій и повторной провѣрки результатовъ.

Считаемъ не лишнимъ замѣтить здѣсь, что въ 5 случаяхъ первичной гистеропексіи, а именно въ двухъ случаяхъ Lee [117]), въ одномъ Terrier [206]), въ одномъ Strong'a [202]) и въ случаѣ Byford'a (Baudouin loc. cit. p. 334) опущеніе здоровыхъ яичниковъ, которое наблюдалось до операціи, было устранено вмѣстѣ съ излеченіемъ задняго смѣщенія матки брюшнымъ укрѣпленіемъ ея.

Послѣ всего сказаннаго объ ортопедическихъ успѣхахъ гистеропексіи намъ непонятны слова Doleris'a [41]) «я думаю, что методы леченія неправильныхъ положеній матки, основанные на искусственныхъ сращеніяхъ ея съ пристѣночной брюшиной невѣрны и ненадежны, такъ что на такія сращенія нельзя разсчитывать какъ на прочную поддержку. Мы ежедневно видимъ, что серозныя сращенія растягиваются, разслабляются и исчезаютъ; поэтому, пришивая матку къ передней брюшной стѣнкѣ, мы ставимъ больныхъ въ зависимость отъ случайности, такъ какъ матка легко можетъ возвратиться въ прежнее положеніе вслѣдствіе разрыва этихъ сращеній при напряженіи больной, при травмѣ и т. п. Я допускаю, что могутъ быть и счастливые случаи, но это будутъ главнымъ образомъ легкіе и простые случаи отклоненія матки взадъ, или же случаи смѣщеній съ воспаленіемъ придатковъ, когда эти послѣдніе удаляются».

Хотя мнѣніе Doleris'a относительно того, что сращенія матки

съ пристѣночной брюшиной со временемъ растягиваются, совершенно вѣрно, но оно невѣрно въ томъ, что относится къ ихъ стойкости и крѣпости.

Что онѣ очень стойки, доказываетъ случай Prochownick'a[164]), которому 3 мѣсяца послѣ гистеропексіи пришлось удалять подслизистую міому матки со стороны влагалища и, не смотря на это, склейка матки съ брюшной стѣнкой осталась въ своей силѣ, а также то обстоятельство, что во время беременности и родовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ только растягиваются, но не разрываются (Leopold [125]), Sänger [179]), Fraipont [58]), Sperling [198]) и другіе)

Кромѣ того Zweifel [234]), Byford [237]), Lucas-Championnière (Baudouin loc. cit. p. 394) и въ двухъ случаяхъ Dudley [44]), которымъ пришлось черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ первичныхъ гистеропексій, произведенныхъ для радикальнаго излеченія заднихъ смѣщеній матки, произвести вторичныя чревосѣченія для удаленія измѣненныхъ, но неудаленныхъ при гистеропексіи придатковъ, могли констатировать послѣ вскрытія брюшной полости sub operatione растянутыя, но крѣпкія сращенія матки (Zweifel и Lucas-Championnière) и ея связокъ (Byford и Dudley) съ пристѣночной брюшиной.

Что касается брюшнаго укрѣпленія матки на боли и функціональныя разстройства, вызываемыя задними смѣщеніями ея, изъ-за которыхъ оно было предпринято, то боли, приписываемыя неправильному положенію матки, въ большинствѣ случаевъ исчезли вскорѣ послѣ успѣшной въ ортопедическомъ отношеніи операціи, что констатировано Cohn'омъ [28]), Brown'омъ [17]), Boldt'омъ [11]), Küstner'омъ [112]), Koeberlé [106]), Gottschalk'омъ [64]), Klotz'емъ [99]), Leopold'омъ [123]), Sänger'омъ [172]), Zinsmeister'омъ [232]), Picqué (Baudouin loc. cit., p. 332), Bazy (ibidem, p. 377), Lucas-Championnière'мъ (ibidem, p. 382), Fiaischlen'омъ [244]) и другими.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ исчезли только черезъ болѣе, или менѣе продолжительное время послѣ операціи, что констатировано Leopold'омъ [123]), Olshausen'омъ [147]), Grünberg'омъ [68]), Schroeder'омъ [187]), а въ нѣкоторыхъ лишь значительно уменьшились — констатировано Küstner'омъ [112]), Sperling'омъ [198]), Grünberg'омъ [68]) и Leopold'омъ [198]).

Въ пяти однако на 176 случаевъ первичной гистеропексіи сильныя боли, бывшія до операціи и приписываемыя заднему смѣщенію матки совершенно не уменьшились, не смотря на успѣшное ортопедическое исправленіе положенія матки. Эти случаи слѣдующіе: а) Въ случаѣ Byford'a (Baudouin, loc. cit., p. 334) при отклоненіи матки взадъ и опущеніи лѣваго яичника послѣ пер-

вичной гистеропексіи для устраненія невыносимыхъ болей въ лѣвой сторонѣ живота и въ поясницѣ, дѣлавшихъ больную неспособною ни къ какой работѣ, боли, которыя стихли немного послѣ операціи, возобновились съ прежнею силою, такъ что 4 мѣсяца спустя пришлось произвести вторичное чревосѣченіе для удаленія лѣваго яичника, который оказался измѣненнымъ.

б) Въ случаѣ L. Championnière'a (Baudouin loc. cit., p. 394) послѣ первичной гистеропексіи для устраненія болей въ пахахъ, продолжавшихся съ послѣднихъ родовъ, при подвижномъ перегибѣ матки взадъ, боли, также немного уменьшившіяся послѣ операціи, возобновились черезъ 4 мѣсяца послѣ нея съ такою силою, что 6 мѣсяцевъ спустя пришлось произвести двустороннюю кастрацію, причемъ одинъ яичникъ оказался здоровымъ, а другой кистовидно перерожденнымъ.

в) Въ случаѣ Boldt'a [11]) сильныя боли въ яичниковыхъ областяхъ не исчезли послѣ первичной гистеропексіи, такъ что и здѣсь, по всей вѣроятности, пришлось бы произвести послѣдующую кастрацію, если бы больная не умерла отъ какой-то формы помѣшательства.

г) Въ одномъ случаѣ Olshausen'a [147]) черезъ полгода послѣ первичной гистеропексіи не было констатировано улучшенія болѣзненныхъ симптомовъ, заставившихъ предпринять операцію.

д) Въ одномъ случаѣ Flaischlen'a [244]) черезъ $1^1/_2$ года послѣ первичной гистеропексіи, не смотря на прочное устраненіе неправильнаго положенія матки, не было улучшенія симптомовъ, потребовавшихъ чревосѣченія.

Но въ этихъ случаяхъ болѣзненные симптомы, потребовавшіе чревосѣченія, зависѣли по всей вѣроятности не отъ задняго смѣщенія матки, а отъ патологическихъ измѣненій придатковъ, которыя не были констатированы sub operatione, или-же отъ истощающаго невроза и сильной неврастеніи, при которыхъ больныя очень часто локализируютъ свои страданія въ половыхъ органахъ и часто очень долго безуспѣшно лечатся отъ измѣненій положенія матки (Flaischlen [244]). Конечно, если произвести гистеропексію въ подобныхъ случаяхъ, то получается неудача, и всѣ симптомы остаются in statu quo. Fehling [55]) указываетъ также на то, что чисто мѣстныя явленія быстро исчезаютъ послѣ гистеропексіи, между тѣмъ какъ рефлекторныя, при продолжительномъ ихъ существованіи, не могутъ быть излечены ни гистеропексіей, ни кастраціей. Вѣрность этого взгляда подтверждаетъ случай Czerny [32]), гдѣ послѣ двусторонняго удаленія придатковъ и гистеропексіи, хотя застарѣлыя сильныя боли, заставившія предпринять операцію, черезъ нѣкоторое время послѣ нея и уменьшились, но затѣмъ, не смотря на ясно

констатированную фиксацію атрофированной матки, онѣ возвратились съ прежнею силою.

Здѣсь мы считаемъ нелишнимъ замѣтить, что въ 4 случаяхъ, а именно: въ случаяхъ Boldt'a [11]), Cushier [238]), Lee [117]) и проф. Славянскаго [194]), въ которыхъ двусторонняя кастрація, произведенная раньше, не могла излечить болѣзненныхъ симптомовъ, безпокоившихъ больныхъ и обусловливаемыхъ задними смѣщеніями матки, симптомы вполнѣ и безвозвратно исчезли послѣ брюшнаго укрѣпленія матки.

Прекращеніе менорратій и метроррагій, вызываемыхъ задними смѣщеніями матки, послѣ вѣрнаго устраненія неправильнаго положенія органа фиксаціею его къ брюшной стѣнкѣ, констатировано Marschner'омъ [130]), Boldt'омъ [11]), Cohn'омъ [28]), Küstner'омъ [112]), Picqué (Baudouin loc. cit. p. 336), Bazy (ibidem p. 377), Lee [117]), Leopold'омъ [123]), Sänger'омъ [172]), Brown'омъ [17]) и другими; исчезновеніе дисменорреи Lee [117]), Boldt'омъ [11]), Sperling'омъ [198]), Küstner'омъ [112]), Fehling'омъ [55]), Grünberg'омъ [68]) и другими; исчезновеніе неправильныхъ регулъ Schauta [181]), Grünberg'омъ [68]) и запаздывающихъ регулъ Fehling'омъ [55]).

Исчезновеніе нервныхъ разстройствъ, бывшихъ въ зависимости отъ заднихъ смѣщеній матки, отмѣчено: а) Küstner'омъ [112]) и Grünberg'омъ[68])—сильно развитаго neuritidis n. ischiadici на обѣихъ конечностяхъ съ рѣзко выраженной реакціей перерожденія, вслѣдствіе чего больная впродолженіи 2 лѣтъ не покидала постели, б) Schroeder'омъ [187])—хореи черезъ нѣкоторое время послѣ операціи в) Sänger'омъ [172]) и Koeberlé [106])—меланхоліи, г) Olshausen'омъ [147]), Strong'омъ [202]), Gottschalk'омъ [66]), Küstner'омъ [112])—паретической слабости нижнихъ конечностей д) Grünberg'омъ [68]), Sänger'омъ [172])—значительное уменьшеніе истеріи, е) Kelly [95]), Fehling'омъ [55]), Grünberg'омъ [68]), Boldt'омъ [11])—прекращеніе сильныхъ рефлекторныхъ головныхъ болей, неподдававшихся леченію до операціи, ж) Cohn'омъ [28]), Flaischlen'омъ [244])—высокой степени невроза.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заднія смѣщенія матки вызывали явленія непроходимости кишекъ (Koeberlé [106]), хроническаго, неуступающаго леченію, запора (Küstner [112]), Czerny [33]), Grünberg [68]), Picqué (Baudouin loc. cit. p. 332) и отраженныхъ желудочно-кишечныхъ симптомовъ (Skene Keitch [88]), Cohn [28]) и проф. Славянскій [195]) эти послѣдніе исчезли сейчасъ же послѣ исправленія неправильнаго положенія матки брюшнымъ укрѣпленіемъ ея.

Такимъ образомъ нужно согласиться не только съ Olshausen'омъ [147]), который считаетъ результаты послѣ гистеропексіи поощрительными, но и съ Küstner'омъ [112]) и Матляковскимъ [132]), считающихъ ихъ блестящими, хотя нельзя не отдать должной

справедливости Leopold'у [198]), который говоритъ, что «общее впечатлѣніе у него таково, что у больныхъ, у которыхъ къ брюшному пришиванію матки приходилось присоединить кастрацію, какъ и слѣдовало ожидать, представляютъ наилучшій успѣхъ въ общемъ ихъ состояніи, и съ другой стороны у нѣкоторыхъ изъ тѣхъ, которымъ произведена была только Ventrofixatio безъ кастраціи, не смотря на прочную фиксацію матки, сохранили рядъ нервныхъ симптомовъ, хотя и выраженныхъ въ меньшей степени».

Что касается вліянія брюшнаго укрѣпленія матки на зачатіе, беременность, роды и послѣродовой періодъ, то число зачатій послѣ консервативной гистеропексіи, по мнѣнію Sängera [179]), является поразительно большимъ, а равно и операція сама по себѣ не имѣетъ ясно доказаннаго неблагопріятнаго вліянія на теченіе беременности, родовъ и послѣродоваго періода. (Zweifel [234]), Leopold [125]), Sänger [179]), Fraipont [58]), Flaischlen [244]) и другіе).

До настоящаго времени у оперированныхъ опубликовано 15 случаевъ правильно протекшей беременности и окончившейся нормальными родами, изъ которыхъ 12 были срочны и кромѣ того 7 случаевъ правильно протекающей беременности, находящихся подъ наблюденіемъ и 2 выкидыша послѣ нея.

Случаи эти слѣдующіе: 1) 3 случая беременности, окончившейся срочными родами, у больныхъ, оперированныхъ Leopold'омъ [125—198]) на 8 консервативныхъ гистеропексій этого автора. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ какъ беременность, такъ и роды, протекли правильно, хотя въ 3-мъ случаѣ онѣ наступили на 2—3 недѣли раньше срока. Въ 3-мъ случаѣ Leopold [125]) во время потугъ могъ наблюдать, что брюшной рубецъ въ нижней трети на 2-хъ мѣстахъ втягивался, при чемъ можно было ощупать два снурка, идущихъ отъ передней брюшной стѣнки къ маткѣ. Тоже самое наблюдалъ Sperling [198]) въ первомъ случаѣ. Въ третьемъ случаѣ, вслѣдствіе замедленія сердцебіенія плода, головка была извлечена щипцами. Послѣ родовъ во всѣхъ 3-хъ случаяхъ инволюція матки совершалась правильно, атоніи ея не наблюдалось, и матка послѣ родовъ осталась въ положеніи anteversio-flexio, соединенной съ переднею брюшною стѣнкою, но совершенно подвижной.

2) У Klotz'a [105]) на 75 случаевъ гистеропексіи, при чемъ неизвѣстно, сколько у этого хирурга консервативныхъ гистеропексій, при фиксаціи матки въ нѣкоторыхъ случаяхъ по способу Leopold'a, въ нѣкоторыхъ по его собственному способу, отмѣчено 2 случая нормальныхъ родовъ, послѣ правильно протекшей беременности, съ послѣдующимъ нормальнымъ положеніемъ матки, и одна нормально протекающая беременность подъ наблюденіемъ.

3) У von Winiwarter'a по Fraipont'у [58]) на 5 случаевъ консервативной гистеропексіи, при фиксаціи дна матки и культи, удаленныхъ съ одной стороны, придатковъ, три оперированныя забеременѣли вскорѣ послѣ операціи. У одной изъ нихъ беременность, наступившая 4 мѣсяца послѣ операціи, кончилась въ срокъ рожденіемъ живаго, вполнѣ доношеннаго ребенка, при чемъ матка послѣ родовъ оказалась свободною отъ сращеній съ брюшной стѣнкой въ положеніи среднемъ между ante et retroversio. Изъ двухъ другихъ случаевъ—въ одномъ беременность, наступившая черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи, кончилась, вслѣдствіе дурнаго обращенія мужа, на 8-мъ мѣсяцѣ рожденіемъ живаго и жизнеспособнаго ребенка, при чемъ матка послѣ родовъ осталась фиксированной къ передней брюшной стѣнкѣ. Эта больная вскорѣ послѣ родовъ вторично забеременѣла. Въ другомъ случаѣ — беременность, наступившая черезъ 3—4 мѣсяца послѣ операціи, кончилась преждевременными родами на 8-мъ мѣсяцѣ и рожденіемъ живаго ребенка, при чемъ матка послѣ родовъ возвратилась въ неправильное положеніе, и страданія, связанныя съ перегибомъ матки взадъ, возобновились, такъ что пришлось употребить пессарій для удержанія матки.

Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ первые 3—4 мѣсяца беременности, говоритъ Fraipont, характеризовались довольно ясно выраженными болями внизу живота, локализированными въ нижней части брюшнаго рубца. Боли эти успокаивались отъ покоя, влажныхъ обертываній и назначенія опіятовъ внутрь. Во второй половинѣ беременности, боли, испытываемыя больными, были непостоянны и такъ незначительны, что ихъ возможно было переносить. Роды во всѣхъ 3-хъ случаяхъ ничѣмъ не отличались отъ нормы, и инволюція матки послѣ родовъ совершалась вполнѣ правильно. У беременной во второй разъ, не смотря на оставшуюся связь между маткою и брюшною стѣнкою, никакихъ болѣзненныхъ явленій не наблюдается.

4) У Sänger'a [178—179]) на 5 консервативныхъ гистеропексій, произведенныхъ имъ по способу Olshausen'a, одна больная, оперированная 21 іюня 1888 года, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи забеременѣла, родила въ срокъ доношеннаго ребенка, и матка еще годъ послѣ родовъ оставалась антевертированной и фиксированной къ брюшной стѣнкѣ. У другой, оперированной въ концѣ 1887 года, наступила беременность черезъ 15 мѣсяцевъ послѣ операціи. Во время беременности были боли, исходящія повидимому изъ мѣстъ прикрѣпленія матки, и въ концѣ 5-го мѣсяца повторныя кровянистыя отдѣленія, а на 6-мъ мѣсяцѣ абортъ, причемъ мацерированный плодъ соотвѣтствовалъ по величинѣ 3-хъ

мѣсячному. Въ 1890 году эта больная вторично забеременѣла. Беременность протекала правильно и безъ осложненій. Ребенокъ былъ живъ еще въ началѣ родовъ. Потуги были очень слабы. Роды кончены поворотомъ и экстракціей мертваго плода при черепномъ его предлежаніи, вслѣдствіе отсутствія родовыхъ болей, сильной лихорадки и малаго и слабаго пульса роженицы. Послѣ родовъ матка подвижна и соединена съ брюшною стѣнкою. Атоніи матки въ обоихъ случаяхъ не было послѣ родовъ, и инволюція матки не была задержана.

5) У Flaischlen'a [244]) на 9 консервативныхъ гистеропексій, при непосредственной фиксаціи матки по способу Leopold'a, отмѣченъ одинъ случай правильно протекшей беременности и кончившейся срочными родами послѣ гистеропексіи при подвижномъ перегибѣ матки взадъ у женщины, одинъ разъ до того рожавшей. Роды въ этомъ случаѣ кончены поворотомъ и экстракціею мертваго плода при поперечномъ его положеніи. Смерть плода произошла вслѣдствіе затянувшихся родовъ отъ недостатка врачебной помощи. Кромѣ того у него подъ наблюденіемъ одинъ случай правильно протекающей беременности, которая достигла 6-ти мѣсяцевъ. Матка въ этомъ случаѣ соединена съ брюшною стѣнкою.

6) Olshausen [147]) сообщаетъ о случаѣ оперированномъ Kaltenbach'омъ, въ которомъ послѣ консервативной гистеропексіи при фиксированномъ перегибѣ матки взадъ онъ наблюдалъ правильно протекшую беременность и роды, причемъ матка въ концѣ беременности не была соединена съ брюшною стѣнкою сращеніями и 6 недѣль послѣ родовъ, пока больная находилась подъ наблюденіемъ, матка при пустомъ пузырѣ лежала въ anteversio.

7) Pozzi [158]), Delagénière [36]), Baudouin [2]) и Dumoret [46]) сообщаютъ объ одномъ и томъ-же случаѣ правильно протекшей беременности и родовъ съ сохраненіемъ послѣ родовъ правильнаго положенія матки и искусственныхъ сращеній у больной, которой Routier при перегибѣ матки взадъ и кистѣ праваго яичника произвелъ оваріотомію и вшиваніе оставшейся культи въ брюшную рану.

8) Hanks [72]) наблюдалъ нормально протекшую беременность и правильные роды, окончившіеся рожденіемъ доношеннаго живаго ребенка у женщины, у которой произведена была гистеропексія.

9) Deneffe [39]) приводитъ случай правильно протекшей беременности и родовъ послѣ гистеропексіи при выпаденіи матки, причемъ возобновленія выпаденія не было.

10) Fraipont [58]) наблюдалъ 3 — 4 мѣсячную беременность, протекавшую правильно и безъ всякихъ болѣзненныхъ явленій, въ оперированномъ имъ въ сентябрѣ 1890 года случаѣ фиксированнаго перегиба матки взадъ.

11) Boldt [11]) изъ десяти случаевъ консервативной гистеропексіи въ одномъ случаѣ приращеннаго перегиба матки взадъ, въ которомъ онъ послѣ отдѣленія сращеній фиксировалъ матку по способу Leopold'а съ соскабливаніемъ серознаго покрова матки, наблюдалъ беременность, продолжавшуюся 4 мѣсяца и протекавшую безъ малѣйшихъ разстройствъ.

12) V. Vlaccos (Sänger: Centralblatt für Gynäkolog. 1891 p. 309) также наблюдалъ правильно протекавшую беременность послѣ гистеропексіи.

13) Jacobs [84]) сообщаетъ, что изъ пяти случаевъ его консервативной гистеропексіи при фиксаціи задней стѣнки матки одна изъ оперированныхъ, женщина 43 лѣтъ, одинъ разъ до того времени рожавшая, черезъ 4—5 мѣсяцевъ послѣ операціи находится на второмъ мѣсяцѣ беременности.

14) Наконецъ въ случаѣ Gottschalk'а [64]), о которомъ я уже говорилъ выше, при фиксаціи матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія брюшиннаго покрова ея, беременность наступила черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операціи, къ которой черезъ $1^{1}/_{2}$ мѣсяца присоединились неправильныя кровотеченія, а вскорѣ послѣ этого абортъ.

Изъ описанія выше приведенныхъ случаевъ видно: а) что гистеропексія не препятствуетъ зачатію, напротивъ число зачатій послѣ нея довольно значительно, б) она въ большинствѣ случаевъ невызываетъ неблагопріятнаго вліянія на теченіе беременности, родовъ и послѣродоваго періода, в) въ нѣкоторыхъ случаяхъ при ростѣ матки во время беременности она вызываетъ незначительныя боли на мѣстѣ укрѣпленія ея, г) въ нѣкоторыхъ случаяхъ матка во время беременности освобождается отъ сращеній съ брюшною стѣнкою вслѣдствіе ихъ разрыхленія и постепеннаго растяженія, въ большинствѣ-же матка остается соединенною съ нею во все время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ. д) въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ матка во время беременности освобождается отъ сращеній съ брюшною стѣнкою, она послѣ родовъ остается въ правильномъ, приданномъ ей операціею, положеніи, е) въ нѣкоторыхъ случаяхъ гистеропексія вызываетъ возбуждающее вліяніе на теченіе беременности—роды до срока, въ другихъ-же иной разъ парализующее вліяніе на маточныя потуги, ж) атоніи матки и задержанія инволюціи ея послѣ родовъ операція не вызываетъ, з) хотя беременная матка не претерпѣваетъ обыкновенно нарушеній вслѣдствіе сращеній съ переднею брюшною стѣнкою, но въ единичныхъ случаяхъ она можетъ быть чувствительнѣе и давать реакцію въ видѣ аборта.

VII.

Предсказаніе.

Разсмотрѣвъ операцію пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ съ наиболѣе существенныхъ сторонъ, намъ остается теперь вкратцѣ формулировать ея прогнозъ.

Для производства hysteropexiae abdominalis anterioris intraperitonealis, по самому ея существу, необходимо вскрытіе брюшной полости—чревосѣченіе въ тѣсномъ смыслѣ слова, а такъ какъ послѣднее, при строгомъ соблюденіи современной асептической обстановки операціи, совершенно благопріятно, и опасность его должна въ настоящее время быть скорѣе отнесена къ области историческихъ преданій, будучи на самомъ дѣлѣ не большею, чѣмъ при любой, хотя бы мелкой кровавой операціи подъ хлороформеннымъ наркозомъ, изъ которыхъ въ концѣ концовъ ни одна не застрахована отъ роковой случайности, то потому процентъ смертности при чревосѣченіяхъ въ настоящее время долженъ быть въ зависимости исключительно отъ свойства предпринимаемыхъ послѣ вскрытія брюшины оперативныхъ воздѣйствій (Проф. Славянскій [195], Baudouin [2]), а такъ какъ при чистой гистеропексіи не производится значительныхъ раненій и въ особенности нѣтъ причины последовательной инфекціи, то мы должны считать эту операцію съ технической стороны одной изъ самыхъ простыхъ и легкихъ изъ тѣхъ операцій, которыя производятся при посредствѣ чревосѣченія и по опасности равной пробному чревосѣченію по крайней мѣрѣ въ случаяхъ, ничѣмъ другимъ не осложненныхъ, такъ какъ отъ пробнаго чревосѣченія она отличается только проведеніемъ одного, или нѣсколькихъ швовъ черезъ ткань матки, или ея связокъ. Тоже мнѣніе выражаютъ многіе авторы, писавшіе объ этомъ предметѣ: Baudouin [2]), Delagénière [36]), Pozzi [158]), Dumoret [46]), Kelly [91]). Этотъ послѣдній авторъ даже говоритъ, что, судя по имѣющимся сообщеніямъ и потому что нѣтъ никакого процента смертности при hysteropex'iи, она менѣе опасна, чѣмъ Alexander'овская операція.

Присутствіе обширныхъ пельвиперитонитическихъ сращеній, фиксирующихъ матку и ея придатки въ неправильномъ положеніи, а также найденныя послѣ вскрытія брюшной полости, но не констатированныя до операціи измѣненія придатковъ, которыя приходится удалять, хотя и осложняютъ въ извѣстной степени операцію, вслѣдствіе возможности пораненія болѣе крупныхъ сосудовъ,

а въ первомъ случаѣ и сосѣднихъ органовъ, но судя по опубликованнымъ случаямъ не особенно значительно ухудшаютъ ея исходъ.

Статистика описанныхъ случаевъ подтверждаетъ нашъ взглядъ на 176 случаевъ первичной гистеропексіи при заднихъ смѣщеніяхъ матки не отмѣчено до сихъ поръ ни одного смертнаго случая.— И потому нужно согласиться съ мнѣніемъ проф. Славянскаго, [195]) который говоритъ: «первичная гистеропексія, по моему мнѣнію, представляется операціей совершенно безопасною, при которой возможность послѣдовательнаго заболѣванія, или летальнаго исхода зависитъ исключительно отъ случайностей, совершенно не подлежащихъ предварительной оцѣнкѣ и не могущихъ быть предвидѣнными».

При дополнительныхъ гистеропексіяхъ осложненія, зависящія отъ совмѣстнаго заболѣванія придатковъ воспалительнаго, или новообразовательнаго характера, а также опухолей матки и пр., не могутъ быть считаемы условіями, ухудшающими прогнозъ операціи, такъ какъ они сами потребовали чревосѣченія для своего излеченія, а гистеропексія явилась только побочнымъ оперативнымъ пріемомъ, и прогнозъ всецѣло зависитъ отъ характера той операціи, которая предшествовала гистеропексіи. (Gottschalk [66]), Sperling [198]), Baudouin [2]), проф. Славянскій [195]).

Хотя въ случаяхъ дополнительной гистеропексіи вычисленіе процента смертности невозможно, такъ какъ нельзя даже съ вѣроятностью сказать, зависѣла-ли смерть отъ главной операціи, или отъ дополнительнаго пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ, но и здѣсь на 213 случаевъ дополнительной гистеропексіи при заднихъ смѣщеніяхъ матки, опубликованныхъ до сихъ поръ въ литературѣ, отмѣчено всего 2 случая смерти, изъ которыхъ одинъ отъ септическаго перитонита принадлежитъ M Sims'у [193]) и относится къ 1876-у году т. е. времени когда антисептическія доктрины были еще въ колыбели. Этой случайности теперь можно избѣжать съ тѣхъ поръ какъ антисептическій методъ лучше извѣстенъ, и хирурги присоединили къ нему, какъ усовершенствованіе, безъ котораго нельзя обойтись, правила асептики. Второй случай смерти послѣ дополнительной гистеропексіи вслѣдствіе внутренняго ущемленія кишекъ, какъ послѣдствія образованія околоматочныхъ и кишечныхъ сращеній, принадлежащій H. Kelly [92]) и относящійся къ 1888-у году, не опубликованъ къ сожалѣнію подробно.

Вотъ 2 единственные случая смерти на 389 случаевъ гистеропексіи при заднихъ смѣщеніяхъ матки, опубликованныхъ до сихъ поръ съ литературѣ.

VIII

Казуистика.

Въ заключенiе литературнаго очерка разбираемой нами операцiи мы приводимъ всѣ случаи ея, которые намъ удалось найти въ доступной намъ литературѣ и которые не вошли въ статистику Baudouin'а.

Для большей наглядности обзора казуистическаго матерiяла мы излагаемъ его въ формѣ таблицъ, включивъ въ нихъ и тѣ десять случаевъ Hysteropexiae при заднихъ смѣщенiяхъ матки, которые были наблюдаемы въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго, и исторiи которыхъ in extenso приводятся ниже.

Общее число всѣхъ гистеропексiй, произведенныхъ при заднихъ смѣщенiяхъ матки, которыя намъ удалось собрать какъ въ иностранной, такъ и въ русской литературѣ вмѣстѣ съ наблюдавшимися въ клиникѣ случаями, изъ которыхъ 6 упомянуто въ литературѣ,=393 случаямъ.

Мы далеки отъ мысли, что мы собрали всѣ напечатанные случаи этой операцiи, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ помѣщены въ такихъ журналахъ, которые не имѣются въ доступныхъ намъ библiотекахъ; матерiялъ, которымъ намъ пришлось пользоваться, также слишкомъ разбросанъ по всевозможнымъ журналамъ, и нѣтъ ничего удивительнаго, если бы оказалось, что тотъ, или иной случай мы пропустили.

Изъ числа 393 случаевъ гистеропексiи—213 дополнительныя и 180 первичныя гистеропексiи.

Изъ числа 213 дополнительныхъ гистеропексiй—157 приведено въ видѣ таблицы у Baudouin'a

Изъ числа 180 первичныхъ гистеропексiй—78 помѣщены у него также въ видѣ таблицы.

Всѣ случаи гистеропексiи, которые мы собрали изъ иностранной литературы и которые не вошли въ таблицы Baudouin'а, мы изложили въ формѣ 2 таблицъ.

Въ первой таблицѣ мы помѣстили случаи дополнительной гистеро пексiи въ числѣ 54, при чемъ къ дополнительнымъ гистеропексiямъ мы отнесли всѣ случаи ея, произведенные одновременно съ операцiями на придаткахъ, не обращая вниманiя на то, были-ли заболѣванiя придатковъ дiагносцированы до вскрытiя живота, или же чревосѣченiе было предпринято только для устраненiя неправильнаго положенiя матки и, только послѣ вскрытiя брюшной полости, были найдены измѣненiя придатковъ.

Во второй таблицѣ мы помѣстили случаи первичной гистеропексiи при здоровыхъ придаткахъ въ числѣ 89, не взирая на то, была ли матка подвижна, или фиксирована, такъ какъ почти всѣ авторы къ первичнымъ гистеропексiямъ относятъ не только чистую операцiю при подвижныхъ смѣщенiяхъ матки взадъ, но и операцiю, предпринятую для исправленiя и фиксированiя и неподвижныхъ смѣщенiй.

Если большинство изъ этихъ случаевъ очень кратко описано, а нѣкоторые только упомянуты, то это произошло не по нашей винѣ, а вслѣдствiе того, что сами авторы не говорятъ объ нихъ ничего подробнаго.

Въ слѣдующихъ 2-хъ таблицахъ мы помѣстили всѣ случаи какъ дополнительной, въ числѣ 7, такъ и первичной, въ числѣ 14, гистеропексiи, произведенныхъ въ различныхъ мѣстахъ Россiи и описанныхъ гдѣ-либо, при чемъ мы должны замѣтить, что 6 изъ этихъ случаевъ, а именно: 3 случая Toerngren'a, случай Рейна и 2 первые случая проф. Славянскаго помѣщены въ таблицахъ Baudouin'а.

Т А

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	День ... раці
1	[222] Veit (11-й сл. его чревосѣч. при смѣщеніяхъ матки взадъ).	Pr.	—	Заболѣваніе трубъ. Retroflexio uteri fixata.	—	29 ноя... 1886
2	[135] Montgomery (Случ. 8-й его чревосѣч.).	Mrs. D. 28 л. 3 раза рожавшая.	Съ 5 недѣль сильныя боли въ лѣвой половинѣ живота, рвота и тошнота. Боли усиливаются при движеніи и coitus.	Опущеніе увеличенныхъ яичниковъ. Retroversio uteri fixata.	—	17 фе... 1888
3	[222] Veit (12-й сл. его чревосѣченій при смѣщеніяхъ матки взадъ).	R.	—	Одностороннее заболѣваніе трубъ. Retroflexio uteri fixata.	—	26 м... 1888
4	[170] Rosthorn (3-й случай его чревосѣченій).	Cz. Fr. 23 л. 2 раза рожавшая.	—	Salpingitis et perisalpingitis duplex chronica. Retroflexio uteri fixata.	—	9 фе... 1889
5	[222] Veit (3-й случ. его чревосѣч. при заднихъ смѣщ. матки).	Kl.	—	Заболѣваніе яичника и трубы съ одной стороны. Retroflexio uteri mobilis.	—	6 мар... 1889

ЦА I-я.

…яніе матки …придатковъ …енное во …чревосѣ- …ненія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
—	Разрушены.	Двусторонняя кастрація.	Двусторонняя посредственная фиксація; пришиты къ брюшной стѣнкѣ культи удаленныхъ придатковъ.	—	Матка осталась фиксированной къ передней брюшной стѣнкѣ.
…й яичникъ …идно пере- …нъ. Пра- …здоровъ. …приращe-	Разрушены пальцами.	Удаленіе лѣваго яичника и трубы.	Двусторонняя посредственная фиксація: пришиты къ брюшной стѣнкѣ культя удаленнаго лѣваго яичника и связки праваго.	Карболовый кэтгутъ.	На 2-й день послѣ операціи больная встала съ постели и прошла по комнатѣ. Два дня спустя температура поднялась до 103 град. Ф. и появился сильный приступъ бронхита. Вслѣдствіе кашлевыхъ движеній, швы, которыми была фиксирована матка и зашита брюшная рана, разошлись, матка смѣстилась и возвратилась въ прежнее положеніе.
—	Разрушены.	Удаленіе одной трубы и яичника.	Односторонняя посредственная фиксація: культя удаленной трубы вшита въ брюшную рану.	—	Матка осталась фиксированной къ передней брюшной стѣнкѣ.
…ка увели- …приращe- …датки из- …ы.	Разрушены.	Двусторонняя кастрація	Непосредственная фиксація матки по способу Rosthorn'а.	Шелкъ.	Результатъ хорошъ. Послѣднее изслѣдованіе 10 октября 1889 г., т. е. черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ операціи: матка въ anteversio, немного увеличена, совершенно подвижна.
…ба и яич- …одной сто- …измѣнены. …подвижна …змѣненій.	—	Удаленіе одной трубы и яичника.	Односторонняя посредственная фиксація: вшиваніе въ брюшную рану культи удалённыхъ придатковъ.	—	Результатъ хорошъ. Матка лежитъ впереди.

№ №	Операторъ.	Имя больной, возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	День ... рац
6	Leopold. (12-й случай таблицы Sperling'a [198]).	Г-жа В. 28 л. 2 выкидыша на 4 и 5 мѣсяцѣ.	7 лѣтъ замужемъ. Въ апрѣлѣ 1883 г. пятимѣсячный выкидышъ, послѣ чего 6 недѣль лихорадка. Въ ноябрѣ 1883 г. снова четырехмѣсячный выкидышъ, послѣ чего 4 недѣли лихорадка.	Salpingooophoritis chronica duplex. Retroflexio uteri fixata.	—	27 ап 1889
7	Fehling[55]). (2-й случ. его гистеропексіи при задн. смѣщен. матки).	К. 27 л. нерожавшая.	Мѣсячныя черезъ 2—3 недѣли. Сильная дисменоррея и боли въ крестцѣ, не дающія возможности работать и во время промежутка между регулами.	Retroflexio uteri (2-й степени) fixata. Лѣвый яичникъ увеличенъ и подвиженъ, правый фиксированъ.	Безуспѣшное леченіе кольцами.	21 1889
8	Fehling[55]). (3-й случ. его гистеропексіи при заднихъ смѣщеніяхъ матки).	Sch. 39 л. нерожавшая.	Тяжелая дисменоррея, боли въ пояснипѣ и крестцѣ.	Retroflexio uteri partim fixata. Oophoritis duplex. Приращеніе лѣваго яичника въ дугласѣ.	—	29 188
9	Rosthorn[170]) (2-й сл. его чревосѣченій).	Bay. Adel. 23 л. 1 разъ рожавшая.	—	Лѣвостороннее хроническое набуханіе придатковъ Retroflexio uteri mobilis.	—	3 i 188
10	Rosthorn[170]) (31-й сл. его чревосѣченій)	Nag. Bez. 26 л. не рожавшая.	Сильныя боли въ поясницѣ, отдающія въ ноги со времени замужества. Затрудненные и частые позывы на мочеиспусканіе. Запоры и неспособность къ работѣ. Зудъ и жженіе наружныхъ половыхъ органовъ.	Retroflexio uteri mobilis.	—	26 188

...яніе матки ...ридатковъ ...енное во ... чревосѣ... ...енія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперараціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...датки съ ...ъ сторонъ ...ены. Мат... придатки ...сены очень ...численны... ...ащеніями.	Многочисленныя сращенія разрушены съ правой стороны. Слѣва отдѣлить ихъ нельзя.	Удаленіе правосторонних придатковъ, такъ какъ лѣвостороннихъ отдѣлить изъ сращеній и удалить не удалось.	Фиксація непосредственная: правый край матки вшитъ въ нижній уголъ раны.	3 шелков. шва.	Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ 9 мѣсяцевъ послѣ операціи. Матка въ anteversio, фиксирована къ брюшной стѣнкѣ, неподвижна.
...ники па... ...чески из... ...ы.	Разрушены.	Удаленіе обоихъ яичниковъ.	Непосредственная фиксація дна матки по методу Czerny.	шелковые.	Гладкое выздоровленіе. Позднѣйшій результатъ благопріятенъ.
...ники уве... ...ы вслѣд... Hydrops ...lorum.	Разрушены.	Удаленіе обоихъ яичниковъ.	Непосредственная фиксація передней поверхности дна и тѣла матки временными фиксирующими швами, которые были удалены на 12-й день посл. опер.	3 шелков. шва.	Выздоровленіе посредствомъ нагноенія въ брюшныхъ покровахъ и образованія фистулы въ передній дугласъ. Матка несмотря на это осталась фиксированной къ передней брюшной стѣнкѣ. Боли въ крестцѣ крайне рѣдки.
...датки из... ...ы. Матка ...кпа.	—	Двусторонняя кастрація	Непосредственная фиксація матки по способу Rosthorn'a.	шелковые.	Результатъ хорошъ. Въ серединѣ іюля 1889 г., т. е. черезъ 1½ мѣсяца послѣ операціи матка въ anteversio fixata.
...ники из... ...ы.	—	Двусторонняя кастрація	Непосредственная фиксація матки по способу Rosthorn'a.	шелковые.	Результатъ хорошъ. 1 ноября 1889 г., т. е. черезъ 4 мѣсяца совершенно здорова и можетъ исполнять самую тяжелую работу. Матка антевертирована и подвижна.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Ден[illegible] ра[illegible]
11	[170] Rosthorn (29-й сл. его чревосѣченій).	Koz. Al. 29 л. 1 разъ рожавшая.	—	Retroflexio uteri mobilis Perimetritis. Двустороннее хроническое набуханіе придатковъ.	—	1 18[illegible]
12	[170] Rosthorn (35-й сл. его чревосѣченій).	Lips. Ern. 26 л. 1 разъ рожавшая.	—	Двустороннее хроническое набуханіе придатковъ. Retroflexio uteri fixata.	—	19 18[illegible]
13	Leopold (13-й сл. таблицы [198]) Sperling'a	Г-жа L. 36 л.	Боли внизу живота, отдающія въ крестецъ и въ прямую кишку. Обильныя регулы.	Retroflexio uteri. Metritis chronica.	Продолжительное леченіе хроническаго метрита. Пессаріи безъ результата.	12 18[illegible]
14	Leopold (15-й сл. таблицы [198]) Sperling'a	R. 26 л. 1 разъ рожавшая.	4 года замужемъ. Боли съ лѣвой стороны нижней части живота, появившіяся послѣ родовъ, которые были въ 1885 г.	Retroflexio uteri fixata. Двусторонній хроническій оофоритъ и сальпингитъ.	—	12 ок[illegible] 18[illegible]
15	Leopold (16-й сл. таблицы [198]) Sperling'a	Г-жа К. 28 л. не рожавш.	8 лѣтъ замужемъ, съ тѣхъ поръ больна. Частыя боли при мочеиспусканіи. Сильныя боли внизу живота, особенно слѣва, дѣлающія ее не способной къ работѣ.	Retroflexio uteri fixata. Двусторонній хроническій оофоритъ и гонорройный сальпингитъ (полученный отъ мужа).	Продолжительное время носила пессаріи безъ результатовъ.	22 18[illegible]

...ніе матки ...идатковъ ...енное во ...чревосѣ- ...енія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперrepresentaціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...а подвиж- ...идатки из- ...ы.	—	Двусторонняя кастрація	Непосредственная фиксація матки по способу Rosthorn'а.	шелковые.	Результатъ хорошъ. 10 сентября 1889 г., т. е. черезъ 6 недѣль послѣ операціи матка мала, антефлектирована, подвижна, но приращена къ брюшной стѣнкѣ.
...ышая гипе- ...ованная, ...ащенная ... Придатки ...ены.	Многочисленныя сращенія разрушены.	Двусторонняя кастрація	Непосредственная фиксація матки по способу Rosthorn'а.	шелковые.	Результатъ хорошъ. Выписана излеченной. Матка антефлектирована приращена къ брюшной стѣнкѣ.
...ка прира- ... слегка съ ... стороны. ... труба ...ручена во- ... своей оси. ... яичникъ, ...чески во- ...къ и сра- ... плотно съ ...ю кишкою.	Сращенія отдѣлены.	Удаленіе лѣваго яичника.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія брюшины.	3 шелков.	Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 16 мѣсяцевъ послѣ операціи, т. е. 3 января 1891 г. Матка подвижна, но соединена съ брюшной стѣнкой. Состояніе въ общемъ очень удовлетворительно.
...ка сильно ...щена. При- ...из..ѣнены.	Сращенія весьма крѣпки, трудно отдѣлимы.	Двустороннее удаленіе придатковъ.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія брюшины.	3 шелков.	Матка плотно прилегаетъ къ брюшной стѣнкѣ. Общее состояніе противъ прежняго гораздо лучше, что наступило не сразу, а только черезъ нѣкоторое время послѣ операціи. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца. Регулы не смотря на двустороннюю кастрацію не прекратились и приходятъ правильно.
...ка прира- ... Придатки ...ны.	Многочисленныя сращенія трудно отдѣлимы.	Двустороннее удаленіе придатковъ.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а съ соскабливаніемъ брюшины.	3 шелков.	Результатъ очень хорошъ. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца. Матка прилежитъ плотно къ передней брюшной стѣнкѣ. Лѣвый сводъ свободенъ. Правый немного плотнѣе нормальнаго. Регулы не прекратились.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	День ра
16	Leopold (17-й сл. таблицы 198) Sperling'a	Г-жа X. 40 л. не рожавш.	Больна съ первыхъ регулъ. Съ тѣхъ поръ замѣтила, что внутренняя поверхность лѣвой нижней конечности отстала въ развитіи.	Retroflexio et lateropositio uteri fixata. Oophoritis et parametritis chronica sinistra.	Массажъ, ванны и пессаріи безъ результатовъ.	29 18
17	Leopold (19-й сл. таблицы 198) Sperling'a	Г-жа Д. 32 л. 2 раза рожавшая.	11 лѣтъ замужемъ. Послѣдніе роды 8 лѣтъ тому назадъ. Сильныя кровотеченія и боли съ трехъ лѣтъ.	Retroflexio uteri fixata. Salpingooophoritis chronica duplex.	Ванны и наркотическіе суппозиторіи облегчаютъ, но не улучшаютъ процессъ.	13 18
18—24 (7 случаевъ).	147) Olshausen	—	—	Retroflexio uteri. Киста яичника.	—	Съ 1887 18
25	64) Gottschalk	Г-жа G. 28 л. 3 раза рожав.	Невозможность владѣть нижними конечностями, особенно лѣвой.	Лѣвосторонняя внутрисвязочная оваріяльная киста. Retroflexio uteri mobilis.	—	10 18
26—27 (2 сл.).	21) Cleveland.	—	—	Retroflexio uteri при заболѣваніяхъ придатковъ.	—	

...іе матки ...датковъ ...ное во ...ревосѣ-...нія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперационнаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...а прира-... Придатки ...ихъ сто-...мѣнены.	Сращенія слѣва трудно отдѣлимы.	Двусторонняя кастрація	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія эндотелія брюшины.	1 шелков.	Результатъ очень удовлетворителенъ. Больная хорошо ходитъ. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца послѣ операціи. Матка атрофирована, крѣпко приращена. Оба параметрія нормальны и безболѣзненны.
...а прира-... Придатки ...ны.	Сращенія очень многочисленны, трудно отдѣлимы.	Удаленіе придатковъ съ обѣихъ сторонъ.	—	—	Результатъ очень хорошъ. Матка крѣпко приращена къ брюшной стѣнкѣ. Очень небольшая брюшная грыжа съ правой стороны. Частый позывъ на мочеиспусканіе. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операціи.
...а одного, ...ихъ яич-...	—	Ovariotomia.	Непосредственная фиксація матки по способу Olshausen'а.	silk-worm-gut.	Результатъ во всѣхъ семи случаяхъ хорошъ.
...а подвиж-... Придат-...овы.	—	Придатки оставлены Внутрисвязочная киста удалена.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія брюшины матки.	2 шелков.	Матка легко подвижна, въ anteversio-flexio, хорошо фиксирована къ брюшной стѣнкѣ. Всѣ боли исчезли. Владѣетъ конечностями хорошо. Черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операціи забеременѣла и выкинула на 6-й недѣлѣ беременности (3 января 1891 г.). Послѣ выкидыша матка фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ.
...атки из-...	—	Удаленіе измѣненныхъ придатковъ.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія брюшины матки.	Silk-worm-gut въ одномъ случаѣ и серебряная проволока въ другомъ.	Хорошій результатъ въ обоихъ случаяхъ.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее лечение.	Д…
28—34 (7 сл.).	Saenger.[179]	—	—	Retroflexio uteri при заболѣваніяхъ придатковъ.	—	1… 1…
35—37 (3 сл.).	Stratz.[200]	—	—	Retroflexio uteri при заболѣваніяхъ придатковъ.	—	1… 1…
38 39 40	Veit.[222] (4-й 5-й и 6-й сл. его чревосѣченій при заднихъ смѣщеніяхъ матки).	W. V. O. Sch.	—	Retroflexio uteri mobilis.	—	по…
41	Munde.[140]	—	—	Retroflexio uteri fixata. Salpingooophoritis chronica duplex.	—	1…
42	Kelly.[95]	H. T. 27 л.	—	Retroflexio uteri fixata. Oophoritis chronica.	—	6… 1…

...е матки ...датковъ ...ное во ...рсвосѣ- ...нія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...тки из-	—	Удаленіе измѣненныхъ придатковъ.	Ненепосредственная фиксація по способу Olshausen - Saenger'a.	Silkworm-gut.	Прекрасный результатъ во всѣхъ 7 случаяхъ.
...тки па- ...ески из-	—	Удаленіе измѣненныхъ придатковъ.	Посредственная фиксація: одна, или обѣ трубы фиксированы въ брюшной ранѣ экстра перитонеально.	—	Во всѣхъ 3 случаяхъ прочный результатъ фиксаціи прослѣженъ болѣе года послѣ операціи.
... подвиж- измѣне-	—	Удаленіе яичника и трубы съ одной стороны.	Односторонняя посредственная фиксація матки: вшита въ рану культя удаленныхъ съ одной стороны придатковъ.	—	Очень хорошій результатъ. Матка лежитъ спереди во всѣхъ трехъ случаяхъ.
... прира- ... прямой Яичники ... патоло- измѣне-	Отдѣленіе сращеній между прямой кишкой и маткой.	Salpingo - oophorectomia bilateralis.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a.	1 толстый шелковый швъ.	Сейчасъ послѣ операціи введенъ пессарій во влагалище. Выздоровленіе осложнено крупозной пневмоніей, не зависящей отъ операціи. Хорошій результатъ.
...ки хро- воспа-	Очень незначительныя сращенія матки отдѣлены пальцами.	Salpingo - oophorectomia bilateralis.	Непосредственная фиксація дна матки.	1 шелк.	Гладкое выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе 19 апрѣля 1890 г., т. е. черезъ 10 недѣль послѣ операціи. Матка фиксирована, довольно подвижна. 3 недѣли послѣ операціи произведена Perineorraphia. Полное выздоровленіе.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де…
43	Polk.[156]	—	Сильныя боли.	Retroflexio uteri fixata. Киста яичника.	Пессаріевъ не переноситъ.	Н… 1…
44	Jacobs.[84] (46-й сл. его чревосѣч.)	V. Jeanne 26 лѣтъ, многорожавшая.	—	Retroflexio uteri dolorosa et fixata. Кистовидное перерожденіе яичниковъ.	—	2… 1…
45	Fehling.[55] (5-й сл. его гистеропексій).	К. 38 л. 8 разъ рожавшая.	Сильныя меноррагіи.	Retroflexio uteri fibromatosi. Endometritis chronica. Descensus uteri.	Безуспѣшныя попытки леченія впродолженіи цѣлыхъ годовъ различными пессаріями	8… 1…
46	Gottschalk[65]	— 36 лѣтъ.	—	Retroflexio uteri mobilis. Pyosalpinx unilateralis.	—	1… 1…
47	von Winiwarter (по Fraipont'у)[58]	—	—	Retroflexio uteri Oophoritis chronica bilateralis.	—	

…е матки …датковъ …ное во …чревосѣ…ія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперапіоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…фикси-… Придат-…вы.	Сращенія разрушены пальцами.	Вылущеніе кисты яичника. Самъ яичникъ оставленъ	Непосредственная фиксація: къ брюшной стѣнкѣ пришиты круглыя связки, причемъ фиксирующіе швы проведены очень близко къ фаллопіевымъ трубамъ.	—	Воспаленіе вокругъ фиксирующихъ швовъ, которое повело къ закрытію просвѣта обѣихъ трубъ вслѣдствіе перехода на нихъ воспалительнаго процесса и къ столь сильнымъ страданіямъ, что потребовалось вслѣдствіе этого вторичное чревосѣченіе для удаленія придатковъ. Выздоровленіе.
…прира-… Яичники …дно пе-…ны.	Сращенія разрушены.	Ovariotomia bilateralis.	Непосредственная фиксація задней поверхности дна матки по способу Jacobs'a.	1 шовъ изъ Silkworm-gut.	Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе въ концѣ сентября 1890 г., т. е. черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи. Нормальное положеніе матки.
…яичника …ны.	—	Castratio bilateralis	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a. (Фиксирующіе швы удалены на 12-й день).	3 шелк.	Брюшная рана зашита серебряною проволокою. Гладкое выздоровленіе. Фиксирующіе швы удалены на 12-й день послѣ операціи. Матка осталась фиксированной въ anteversio. Послѣднее изслѣдованіе въ мартѣ 1891 г., т. е. больше чѣмъ черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ операціи. Регулы прекратились. Субъективно чувствуется очень хорошо.
…pinx u-…is.	—	Salpingo-oophorectomia unilateralis.	Непосредственная фиксація матки по, видоизмѣненному Gottschalk'омъ, способу Leopold'a.	2 шелк.	Результатъ хорошъ.
—	—	Двусторонняя кастрація	Непосредственная фиксація дна матки къ краямъ брюшной раны.	—	Хорошій результатъ.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де… I…
48	Carsten (1-й сл. Flaischlen'a[244].	W. R. 30 лѣтъ.	—	Retroflexio uteri fixata.	—	
49	Carsten (5-й сл. Flaischlen'a[244]).	Г-жа Р. 30 лѣтъ, 1 разъ рожавшая.	8 лѣтъ т. п. рожала. 2 года больна. Постоянныя боли въ лѣвой сторонѣ живота и въ поясницѣ.	Retroflexio uteri fixata.	Выпрямленіе матки подъ хлороформеннымъ наркозомъ. Пессаріи вслѣдствіе вызываемыхъ имъ болей не переносится. Массажъ безъ успѣха.	8 1
50	Carsten (6-й сл. Flaischlen'a[244]).	Г-жа R, 40 л. нерожавшая.	Больна нѣсколько лѣтъ, неспособна ходить и работать. Комплексъ нервнo-истерическихъ страданій.	Retroflexio uteri fixata съ лѣвой стороны.	4 недѣли безъ особенныхъ результатовъ массажъ. Выпрямленіе матки подъ хлороформеннымъ наркозомъ, которая переводится въ anteflex'ію, но сейчасъ-же возвращается назадъ.	28 1
51	Flaischlen[244]. (7-й его сл.).	Г-жа Kr. 38 лѣтъ, 1 разъ рожавшая.	14-ти лѣтъ т. н. рожала. Съ 7 лѣтъ постоянно больна. Жалуется на невыносимыя боли въ пояснице и въ животѣ и невозможность сидѣть.	Retroflexio uteri fixata. Правосторонняя субсерозная опухоль яичника величиною въ кулакъ.	—	8 1

...іе матки ...датковъ ...ное во ...ревосѣ- ...нія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...тки съ ... сторонъ ...ы.	—	Двустороннее удаленіе придатковъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія серознаго покрова дна матки.	3 шелковые шва.	По письменному сообщенію отъ 1 мая 1891 г. больная совершенно свободна отъ страданій.
...й яич- ...величенъ	—	Удаленіе лѣвостороннихъ придатковъ	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а.	1 шелковый шовъ.	Полное выздоровленіе. Черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операціи забеременѣла. Беременность протекаетъ правильно. 7 іюля 1891 года беременность достигла 6-го мѣсяца. Свободна отъ всѣхъ страданій.
...й яич- ... лѣвая ...змѣнены ...ены сра-	Многочисленныя и крѣпкія сращенія, фиксирующія матку и лѣвосторонніе придатки, разрушены.	Удаленіе лѣвостороннихъ придатковъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія серознаго покрова матки.	3 шелковые шва.	Гладкое выздоровленіе. Больная чувствуетъ себя хорошо и выписывается безъ существенныхъ жалобъ. 14 мая 1891 года страдаетъ, какъ и прежде, въ высокой степени неврастеніей: всѣ нервные симптомы, существовавшіе до операціи, остались in statu quo. Матка въ anteflexio, плотно фиксирована.
...сторонніе ...и измѣ- ...окруже- ...щеніями. ... праваго	Многочисленныя и плотныя сращенія, фиксирующія матку и придатки разрушены.	Двустороннее удаленіе придатковъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія серозной оболочки матки.	3 шелковые шва.	Гладкое теченіе, нарушенное абсцессомъ въ брюшныхъ покровахъ. 17 мая 1891 г. совершенно здорова, можетъ работать безъ всякихъ болей. Матка въ anteflexio широко фиксрована къ брюшной стѣнкѣ. Регулы правильны, приходятъ черезъ 4 недѣли, вслѣдствіе того что по всей вѣроятности остался небольшой остатокъ яичника.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д
52	Flaisch-len.[244] (9-й его сл.)	Г-жа Sch. 32 лѣтъ. 1 разъ рожавшая.	11-ть лѣтъ т. н. рожала. Жалуется на продолжающіяся много лѣтъ боли въ пояснице и въ лѣвой сторонѣ живота, усилившіяся въ послѣдніе мѣсяцы. Неспособна къ работѣ.	Retroflexio uteri. Опухоль лѣвой трубы.	—	2 р
53	Flaisch-len.[244] (10-й его сл.)	Г-жа St. 35 лѣтъ 1 разъ рожавшая.	Рожала 15 лѣтъ т. н. Больна 5 лѣтъ. Жалуется на боли въ крестцѣ.	Retroflexio uteri fixata. Небольшая правосторонняя по видимому оваріяльная опухоль.	Впродолженіи долгаго времени лечилась сидячими ваннами. Выпрямленіе матки подъ наркозомъ по методу Schultze безъ успѣха.	Г л
54	Ruge (12-й сл. Flaisch-len'а)[244]	Г-жа Kr. 27 лѣтъ 1 разъ рожавшая.	2 года т. н. рожала, затѣмъ преждевременные роды на 7-мъ мѣсяцѣ. Постоянныя боли въ пояснице и въ животѣ.	Retroflexio uteri fixata.	—	2 л

...е матки ...агковъ ...ге го ...ревосѣ- ...ія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперaціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...торонії ...пх. Лѣ- ...яичникъ ... прира- ...тазовой ...ѣ.	Сращенія, фиксировавшія лѣвый яичникъ, удалены.	Удаленіе лѣвостороннихъ придатковъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія серознаго покрова матки.	3 шелковые шва.	Гладкое выздоровленіе. 28 апрѣля 1891 года совершенно здорова. Матка въ anteflexio плотно приращена къ брюшной стѣнкѣ.
...ріальная ...ь правой ...; матка ...рована ...ни сра-	Многочисленныя и плотныя сращенія, фиксирующія матку, отдѣлены, отчасти руками, отчасти перевязаны и перерѣзаны.	Удаленіе правостороннихъ придатковъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія серознаго покрова матки.	3 шелковые шва.	Выздоровленіе. 28 Апрѣля 1891 года вполнѣ здорова: всѣ боли исчезли: матка въ anteflexio, фиксирована къ брюшной стѣнкѣ
...яичника ...ащенныя ...овершен- ...ружены ...ями.	Плотныя сращенія фиксируютъ матку и окружаютъ придатки.	Двустороннее удаленіе придатковъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія серозной оболочки матки.	3 шелков. шва.	Гладкое выздоровленіе. 1 іюля 1891 г. чувствуется хорошо; матка приращена къ брюшной стѣнкѣ.

№ №.	Операторъ.	Имя больной, возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшедствовавшее леченіе.	Де…
1	Boldt[illegible] (1-й сл. его первичныхъ гистеропексій.)	— 34 лѣтъ.	Съ 2 лѣтъ оваріальныя боли и дисменоррея послѣ приступа общаго перитонита отъ „простуды“.	Retroflexio uteri fixata. Трубы и яичники увеличены, очень чувствительны при давленіи.	—	1
2	Kaltenbach (случай этотъ описанъ[147]) Olshausen'омъ).	-	-	Retroflexio uteri fixata.	—	2
3	Boldt[31]) (2-й сл. его первичныхъ гистеропексій).	Е. С.	Сильныя боли, вызванныя приращеннымъ перегибомъ матки взадъ.	Retroflexio uteri fixata.	До операціи произведены 2 чревосѣченія: Salpingotomia и ovariotomia.	5

…ЦА II-я.

…е матки …атковъ …ое во …реносѣ-…я.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперационнаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…и и тру-…личены. …ѣзкихъ …й. Мат-…рована.	Короткія, широкія, очень крѣпкія сращенія отдѣлены ножницами.	Непосредственная фиксація дна матки.	1 шовъ изъ серебряной проволоки.	Послѣ операціи сейчасъ-же введенъ пессарій во влагалище, который былъ носимъ 3 мѣсяца. Хорошій результатъ. Дисменоррея и оваріяльныя боли исчезли. Последнее изслѣдованіе въ мартѣ 1890 г., т. е. черезъ 3 года послѣ операціи. Матка въ хорошемъ положеніи, подвижна. Самочувсвіе прекрасное.
…и и тру-…измѣне-…ка при-	Сращенія разрушены.	Непосредственная фиксація матки.	4 шелковые шва.	Результатъ хорошъ. Во 2-й половинѣ 1889 г. беременность, протекавшая правильно. Срочные роды 23 апрѣля 1890 г. Беременная въ послѣдніе мѣсяцы матка не была соединена съ брюшной стѣнкой сращеніями и еще 6 недѣль послѣ родовъ можно было констатировать, что она лежитъ въ anteversio при пустомъ пузырѣ.
…сильно …а.	Кровотеченіе изъ разрушенныхъ сращеній очень обильное, потребовавшее внутрибрюшной тампонады изъ іодоформенной марли втеченіи 24 часовъ и влагалищной тампонаціи, какъ противодавленія, для остановки кровотеченія.	Непосредственная фиксація матки.	—	Выздоровленіе. Матка лежитъ впереди.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де[...]
4	[222]) Veit (1-й сл. его чревосѣч. при заднихъ смѣщеніяхъ матки).	К.		Retroflexio uteri mobilis.	Всевозможные пессаріи безъ успѣха.	11 1
5—43 (39 сл.)	[105]) Klotz.	—	—	Retroflexio uteri fixata.	—	съ по 1
44—49 (6 сл.)	[147]) Olshausen	—	Значительныя субъективныя жалобы. Въ одномъ случаѣ невозможность ходить.	Retroflexio fixata и Retroversio fixata въ 5 случаяхъ. Retroflexio mobilis въ одномъ случаѣ.	—	с 1 по
50	[222]) Veit (2-й сл. его чревос. при задн. см. матки).	М.	—	Retroflexio uteri mobilis.	Всевозможные пессаріи безъ успѣха.	20 1

...іе матки ...датковъ ...ное во ...превосѣ... ...нія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперационнаго періода. Результаты операція и послѣднее изслѣдованіе.
... и при... ...езъ измѣ...	—	Непосредственная фиксація матки.	Кэтгутъ.	Въ теченіи 1/2 года матка въ нормальномъ положеніи. Дальнѣйшая судьба ея неизвѣстна.
—	Сращенія разрушены пальцами оператора.	Въ 18 случаяхъ непосредственная фиксація матки по методу Leopold'a, въ 21 случ. посредственная фиксація съ позадиматочнымъ подпорнымъ дренажемъ по способу Klotz'a.	—	У всѣхъ оперированныхъ послѣоперационный періодъ протекалъ безъ реакціи съ рѣдкими температурными повышеніями до 38,5°C. Изъ оперированныхъ по способу Leopold'a одинъ неуспѣхъ, изъ оперированныхъ по способу Klotz'a 4 неуспѣха. Остальныя больныя излечены. Двѣ изъ оперированныхъ родили въ срокъ, и матка послѣ родовъ осталась въ нормальномъ положеніи. Одна нормальная беременность находится подъ наблюденіемъ. Какихъ-нибудь невыгодъ, прямыхъ болѣзненныхъ явленій и разстройствъ со стороны пузыря отъ фиксаціи матки не наблюдалось ни въ одномъ случаѣ.
...и и тру... ...измѣне...	Сращенія разрушены въ 5 случаяхъ. Въ 6-мъ случаѣ сращеній не было.	Непосредственная фиксація матки по способу Olshausen'a.	Silkwormgut.	Результатъ во всѣхъ случаяхъ хорошъ, хотя у одной въ теченіи 6 мѣсяцевъ не видно успѣха отъ операціи по отношенію къ симптомамъ, у двухъ же самые благопріятные результаты. Одна изъ этихъ двухъ, дѣвушка 23 лѣтъ, которая до операціи только съ трудомъ могла пройти по комнатѣ нѣсколько шаговъ, опираясь на мебель, ходитъ теперь сама по улицѣ, хотя нѣкоторые симптомы черезъ 3—4 мѣсяца послѣ операціи еще остались. У остальныхъ результатъ поощрительный
-	—	Непосредственная фиксація дна матки.	Кэтгутъ.	Матка ретрофлектирована.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшедствовавшее леченіе.	Ден... р...
51	Boldt.[11] (6-й сл. его первичн. гистеропексій при задн. смѣщеніяхъ матки).	А. S. 26 лѣтъ, 1 разъ рожавшая.	Неспособна къ работѣ вслѣдствіе болей въ спинѣ, бедрахъ и животѣ со времени родовъ.	Retroflexio uteri fixata. Опухоли въ обоихъ боковыхъ сводахъ.	—	25 ... 1...
52	Leopold[198] (10-й сл. его гистеропекс. при задн. смѣщен. матки).	Г-жа G. 29 лѣтъ, 4 раза рожавшая.	6 лѣтъ замужемъ, 3 родовъ въ срокъ, послѣдній абортъ. Боли внизу живота и въ поясницѣ. Неспособность къ работѣ вслѣдствіе слабости.	Retroflexio uteri fixata. Metritis chronica. Descensus uteri. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. incompleta.	Пессаріи не переносятся вслѣдствіе болѣзненности, которую они вызываютъ.	7 ф... и 29 ... 18...
53	Fehling[55] (1-й сл. его гистеропекс. при задн. смѣщеніяхъ матки).	L. 36 лѣтъ. 3 раза рожавшая.	Вдова. Запаздывающія и слабыя менструаціи съ тяжелыми molimina menstrualia. Жалуется на боли въ крестцѣ, иногда усиливающіяся; не можетъ вслѣдствіе этого работать. Тяжелыя рефлекторныя головныя боли.	Retroflexio uteri mobilis.	Продолжительное леченіе массажемъ и пессаріями безъ успѣха.	28 ... 18...
54	Veit[222] (7-й сл. его чревосѣч. при задн. смѣщен. матки).	Str.	—	Retroflexio uteri fixata.	—	7 ... 18...

е матки датковъ ное во ревосѣ- нія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
й саль- ; яични- измѣне- ка фик- а.	Сращенія матки и придатковъ отдѣлены.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a, съ соскабливаніемъ брюшины матки.	1 изъ Silk-worm-gut.	На 3-й день послѣ операціи крупозная пневмонія. Выздоровленіе. Черезъ 10 мѣсяцевъ послѣ операціи забеременѣла. Беременность протекаетъ правильно. Послѣднее изслѣдованіе въ мартѣ 1890 г. Беременна 4 мѣсяца.
а фикси- Придат- измѣне-	Сращенія отдѣлены.	Каждый разъ непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a, съ соскабливаніемъ брюшины матки.	Оба раза по 3 шелковые шва.	Черезъ 4 недѣли при изслѣдованіи найдено, что матка ретрофлектирована. 8 марта 1889 года произведены Colporrhaphia posterior и Perineorrhaphia по способу L. Tait'a, а 29 марта вторичная hysteropexia. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ второй операціи больная забеременѣла и родила въ срокъ здороваго мальчика вѣсомъ 3470 grm. и 50,5 снтм. длины. Послѣ родовъ дно матки прилежитъ плотно кпереди. Небольшое учащеніе позывовъ на мочеиспусканіе. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ и 10 мѣсяцевъ послѣ второй операціи.
атки безъ ій, матка на.	—	Непосредственная фиксація матки по способу Olshausen'a.	Шелковые.	Заживленіе посредствомъ нагноенія въ брюшныхъ покровахъ. Матка лежитъ соединенной съ брюшной стѣнкой. Послѣднее изслѣдованіе въ мартѣ 1891 г.: яичники малы; незначительныя боли въ крестцѣ; вслѣдствіе ранняго снятія бинта и тяжелой работы на швейной машинѣ образовалась большая брюшная грыжа, безпокоющая больную.
атки здо-	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація дна матки.	Кэтгутъ.	Матка осталась подвижной въ retropositio, умѣренно фиксированной сзади.

№№	Операторъ	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д
55	Leopold (11-й сл. его гистеропексіи при задн. смѣщен. матки).	Г-жа F. 30 лѣтъ 1 разъ рожавшая.	9 лѣтъ замужемъ. На 21 году трудные роды, кончившіеся безъ оперативнаго вмѣшательства. Боли въ крестцѣ, при мочеиспусканіи и испражненіи. Головныя боли, головокруженія, сердцебіенія.	Retroflexio uteri fixata. Лѣвосторонній параметритъ. Истерія.	Водолеченіе безъ успѣха, точно также попытки выпрямить матку по способу Schultze.	12
56	Veit (6-й сл. его чревосѣч. при заднихъ смѣщеніяхъ матки).	Kr.	—	Retroflexio uteri fixata.	—	2 1
57—60 (4 сл.).	Edebohls			Retroversio и Retroflexio.	У одной безъ успѣха Alcquié-Alexander'овская операція.	1
61—65 (5 сл.).	von Winiwarter. 57—59) (по Fraipont'у).		Невыносимыя боли и функціональныя разстройства, не уступающія никакому другому леченію.	Retroversio и Retroflexio.	—	1

е матки атковъ кое во ревосѣ- ія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
тки здо- тка при-	Сращенія съ трудомъ удалось отдѣлить. При разрушеніи сращеній легкое кровотеченіе.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a съ соскабливаніемъ эндотелія брюшин. покрова матки.	3 шелк. шва.	Матка соединена съ брюшной стѣнкой, подвижна. Явленія истеріи in statu quo. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ 10 мѣсяцевъ послѣ операціи.
тки здо-	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація дна матки.	Кэтгутъ.	Матка осталась подвижной въ retropositio, умѣренно фиксированной кзади.
тки здо-	—	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a съ соскабливаніемъ брюшиннаго покрова матки.	1 швъ изъ silk-worm-gut.	Всѣ 4 больныя прослѣжены еще нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи, и матка оставалась у всѣхъ въ правильномъ положеніи. У одной изъ оперированныхъ, которая вскорѣ послѣ операціи подверглась тѣлесному напряженію, прямыя мышцы живота разошлись, такъ что можно ожидать брюшной грыжи, тѣмъ не менѣе матка осталась въ нормальномъ положеніи.
	—	Непосредственная фиксація дна матки.	2 шва.	Всѣ съ хорошимъ успѣхомъ. Одна изъ этихъ 5 больныхъ 4 мѣсяца послѣ операціи забеременѣла и родила въ срокъ доношеннаго ребенка. Беременность протекала правильно, также и роды, и послѣ родовъ не было рецидива задняго смѣщенія матки. У двухъ другихъ беременность началась 3 мѣсяца послѣ операціи и кончилась до срока рожденіемъ живыхъ и жизнеспособныхъ дѣтей.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее лечение.	Д
66	Boldt[11] (7-й сл. его гистеропексіи при заднихъ смѣщен. матки).	С. Е. 33 л. 1 разъ рожавшая.	Съ 16 лѣтъ послѣ родовъ страдаетъ. Дисменоррея, запоры, болѣзненныя испражненія.	Retroflexio uteri fixata. Яичники и трубы увеличены, чувствительны, приращены.	Массажъ и электричество безъ пользы.	
67	Boldt[11] (8-й сл. его гистеропексіи при заднихъ смѣщен. матки).	А. С. 30 л. 4 раза рожавшая.	Симптомы обусловленные осложненіями перегиба матки взадъ.	Retroflexio uteri mobilis. Metritis chronica.	Не можетъ переносить никакого пессарія. Зашитъ разрывъ шейки. Операція Alexander'a не удалась вслѣдствіе тонкости связокъ.	
68	Boldt[11] (9-й его сл.).	А. L. 32 л. 2 раза рожавшая.	Сильныя боли въ лѣвой оваріяльной области и въ спинѣ, „родовыя боли“ въ области hypogastrii. Постоянныя головныя боли; меноррагіи; интензивная дисменоррея. Запоры.	Retroversio-flexio uteri fixata. Descensus uteri. Prolapsus pariet. vag. Cystocele. Rectocele. Правая труба и яичникъ увеличены, опущены, приращены, очень чувствительны. Ruptura perinei.	—	
69	Boldt[11] (10-й его сл.).	Mrs. S. 32 л. 2 раза рожавшая.	Двое родовъ и одинъ выкидышъ на 3-емъ мѣсяцѣ. Симптомы подобны симптомамъ въ предыдущемъ случаѣ. Больна съ 2 лѣтъ.	Retroflexio-versio uteri fixata. Descensus uteri et vaginae. Придатки увеличены, опущены и приращены.	—	

...іе матки ...датковъ ...ное во ...превосх... ...нія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...ки и тру- ...ичены и ...ены. Мат- ...ащена.	Сращенія матки и придатковъ отдѣлены.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Lepold'а съ соскабливаніемъ брюшины матки.	1 швовъ изъ silk-worm-gut.	Совершенно здорова. Послѣднее изслѣдованіе 17 марта 1890г., т. е. черезъ 9½ мѣс. послѣ операціи. Матка въ хорошемъ положеніи.
...а увели- ...ичники и ...безъ ви- ...измѣне-	—	Непосредственная фиксація дна матки по, видоизмѣненному Boldt'омъ, способу Leopold'а. (Фикс. швы удалены на 2—3 недѣлѣ послѣ операціи).	1 шовъ изъ silk-worm-gut.	Выписана здоровой. Матка при выпискѣ изъ госпиталя лежитъ спереди. Дальнѣйшая судьба ея неизвѣстна.
...я труба ...къ уве- ...и прира- ...тка при-	Сращенія матки и правостороннихъ придатковъ отдѣлены.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а. (Во время производства фиксаціи матки игла погрузилась такъ глубоко въ ткань матки, что ея нельзя было извлечь безъ глубокихъ надрѣзовъ, и потому она оставлена и не причинила никакихъ разстройствъ).	1 шовъ изъ silk-worm-gut.	Сейчасъ послѣ закрытія брюшной раны возстановлено тазовое дно. Воспаленные придатки пришли къ нормѣ. Опущеніе влагалища съ cystocele исчезло. Матка подвижна, фиксирована спереди. Совершенное выздоровленіе.
...тки уве- ...и прира- ...также и	Сращенія матки и придатковъ отдѣлены.	Непосредственная фиксація матки по, видоизмѣненному Boldt'омъ, способу Leopold'а.	1 шовъ изъ silk-worm-gut.	Совершенное выздоровленіе.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшедствовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшедствовавшее леченіе.	Д
70	[198] Leopold (14-й его сл.).	Г-жа W. 43 л. 4 разарожавшая.	Замужемъ съ 1872 года. Въ послѣднее время интензивная дисменоррея.	Retroflexio uteri. Инфильтрація лѣвой широкой связки.	Различные пессаріи безполезны.	10 ря
71	[198] Leopold (18-й его сл.).	Г-жа К. 39 л. 4 раза рожавшая.	5 лѣтъ замужемъ, 4 раза рожала. Послѣ послѣднихъ родовъ боли въ epigastrio, hypogastriis и въ крестцѣ. Вслѣдствіе этихъ симптомовъ не способна къ работѣ.	Retroflexio uteri mobilis.	Различные сорта пессаріевъ безъ пользы.	2 18
72–73 (2 сл.).	[139] Munde	—	—	Retroflexio uteri fixata.	—	18
74	[139] Munde.	—	—	Retroflexio uteri mobilis. Незначительное опущеніе матки.	Пессаріи безъ успѣха. Круглыя связки малы и потому нельзя было разсчитывать, что укороченіе ихъ по способу Alexander-Adams'а принесетъ пользу.	Я 18
75	[125] Leopold (20-й его сл.).	Г-жа F. 40 лѣтъ, не рожавшая.	—	Retroflexio uteri.	—	6 фе 18

…iе матки …датковъ …ное во …превосѣ- …нiя.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…яичникъ …со стѣн- ….	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a съ соскабливаніемъ брюшины матки.	3 шелковыхъ шва	Выздоровленіе. Болѣзненные симптомы исчезли. Матка нормальна, широко сращена съ брюшной стѣнкой. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца послѣ операціи.
…ки безъ …леній.	—	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a въ соскабливаніемъ брюшины матки.	3 шелковыхъ шва.	Результатъ хорошъ. Вскорѣ послѣ операціи забеременѣла. Беременность, роды и послѣродовой періодъ правильны. Послѣ родовъ матка приращена спереди, вполнѣ подвижна и безболѣзненна. Послѣднее изслѣдованіе чрезъ 1 годъ и 1 мѣсяцъ послѣ операціи.
…ки безъ …леній.	Сращенія отдѣлены легко.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a съ соскабливаніемъ брюшины матки.	2 шелковыхъ шва.	Результатъ хорошъ въ обоихъ случаяхъ.
…атки не …вляютъ …ъ измѣ- …атка по-	—	Непосредственная фиксація дна и тѣла матки по способу Leopold'a съ соскабливаніемъ серозн. оболочки на маткѣ.	2 шелковыхъ шва.	Пессарій сейчасъ же послѣ закрытія брюшной раны введенъ во влагалище. Фиксирующіе швы удалены между 2—3 недѣл. Прочный успѣхъ. Послѣднее изслѣдованіе 2 1/2 мѣсяца послѣ операціи.
…и безъ …измѣ- …тка не- …но при-	Незначительныя сращенія матки отдѣлены.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a.	3 шелк.	Результатъ очень хорошъ. Нормальная беременность, срочные роды, правильный послѣродовой періодъ. Матка послѣ родовъ соединена съ передней брюшной стѣнкой.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д
76	Kümmel [110]	—	—	Retroflexio uteri.	—	
77—78 (2 сл.).	Treub [70] по Hage.	—	Боли, вызываемыя заднимъ смѣщеніемъ матки въ обоихъ случаяхъ; въ одномъ кромѣ того нервныя явленія.	Retroflexio uteri.	—	1
79	Jacobs. [81]	V. Flor. 54 лѣтъ. многорожавшая.	Боли вызываемыя заднимъ смѣщеніемъ матки.	Retroflexio uteri fixata.	—	18
80	Jacobs. [81]	S. Marie. 43 лѣтъ, 1 разъ рожавш.	Боли вызываемыя заднимъ смѣщеніемъ матки.	Retroflexio uteri fixata.	—	1
81	Fehling. [55] (4-й сл. его гистеропексій при задн. смѣщен. матки).	M. 33 лѣтъ нерожавшая.	Главныя жалобы на тяжелую дисменоррею, боли въ крестцѣ и невозможность вслѣдствіе этого работать.	Retroflexio uteri.	Выпрямленіе матки подъ наркозомъ, массажъ и леченіе пессаріями безъ успѣха.	1

…е матки …атковъ …ное во …ревосѣ- …ія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперacioннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
–	—	Непосредственная фиксація дна матки.	—	Хорошій результатъ.
–	—	—	—	Результатъ въ обоихъ случаяхъ хорошъ. Въ одномъ изъ нихъ срокъ наблюденія коротокъ, въ другомъ, не смотря на болѣе продолжительное изслѣдованіе, нервныя явленія не вполнѣ исчезли.
…тки безъ …ъ измѣ- …тка при-	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація задней поверхности дна матки по способу Jacobs'a.	1 шовъ изъ флорентійской нити.	Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе спустя 5 мѣсяцевъ послѣ операціи. Матка въ нормальномъ положеніи. Совершенно здорова. Болей нѣтъ никакихъ.
…тки безъ …ъ измѣ- …тка при-	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація задней поверхности дна матки по способу Jacobs'a.	1 шовъ изъ флорентійской нити.	Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе спустя 5 мѣсяцевъ послѣ операціи. Матка въ нормальномъ положеніи. Совершенно здорова. Беременна на 2-омъ мѣсяцѣ.
…тки безъ …ій.	–	Непосредственная фиксація матки временными фиксирующими швами.	1 шовъ изъ флорентійской нити.	Черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи вставленъ пессарій изъ осторожности. Матка остается фиксированной спереди. Боли въ крестцѣ иногда появляются.

№ №	Операторъ.	Имя больной, возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де[illegible] р[illegible]
82	Jacobs.[84]	S. Julie. 32 лѣтъ, многорожавш.	Боли вызываемыя заднимъ смѣщеніемъ матки.	Retroflexio uteri fixata. Легкое опущеніе матки.	—	2[illegible] 189[illegible]
83	Jacobs.[84]	D. Ern. 51 лѣтъ, 4 раза рожавш.	Боли вызываемыя заднимъ смѣщеніемъ матки.	Retroflexio uteri fixata. Metritis et endometritis chronica.	—	26 18[illegible]
84	Fraipont.[58]	—	—	Retroflexio uteri fixata.	—	Сен[illegible] 1[illegible]
85	Carsten (2-й сл.[244]) Flaischlen'a.	Дѣвица. Sch. 34 л.	—	Retroflexio uteri mobilis.	—	13 1[illegible]
86	Carsten (3-й сл.[244]) Flaischlen'a.	Г-жа H. 32 лѣтъ, 3 раза рожавш.	Больна 3 года.	Retroflexio uteri mobilis.	Почти 1½ года безуспѣшно лечилась пессаріями и массажемъ.	20 18[illegible]

е матки ...датковъ ...ое во ...ревосѣ- ...ія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперапіоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...тки безъ ...ь измѣ- ...тка при-	Сращенія отдѣлены:	Непосредственная фиксація задней поверхности дна матки по способу Jacobs'a.	1 шовъ изъ флорентинской нити.	Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 4½ мѣсяца послѣ операціи. Чувствуется отлично. Матка приподнята въ anteversio-flexio, немного увеличена.
... увели- ...ращена; ...ı безъ ...ъ измѣ-	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація задней поверхности дна матки по способу Jacobs'a.	1 шовъ изъ флорентинской нити.	Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 3½ мѣсяца послѣ операціи. Совершенно здорова. Матка увеличена, немного болѣзненна, въ anteversio.
... прира-	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація дна матки.	2 шва.	Выздоровленіе. Въ началѣ 1890 года забеременѣла. Беременность протекаетъ правильно.
	—	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'a безъ соскабливанія брюшины матки.	—	Письменное сообщеніе о хорошемъ состояніи здоровья въ маѣ 1891 г.
	—	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a безъ соскабливанія серозн. покрова матки.	—	Хорошій результатъ. Послѣднее изслѣдованіе 17 мая 1891 года: совершенно здорова. Регулы правильны. Боли совершенно исчезли. Матка въ anteflexio, приращена къ брюшной стѣнкѣ.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де р
87	Carsten (4-й сл. Flaischlen'a)[244]	Д-ца A. S. 24 л.	—	Retroflexio uteri mobilis.	Леченіе пессаріями и массажемъ безуспѣшно.	3(брѧ
88	Flaischlen[244] (8-й его случ).	Г-жа M. 35 лѣтъ, 1 разъ рожавшая.	Жалуется на продолжительныя боли въ поясницѣ и постоянный напоръ на низъ.	Retroflexio uteri mobilis. Ruptura perinei incompleta.	Продолжительное леченіе массажемъ и пессаріями безуспѣшно. Зашиваніе промежности и снова леченіе пессаріями, но также безъ успѣха.	2 18
89	P. Ruge (11-й сл. Flaischlen'a)[244].	Г-жа R. 48 л.	Слабость, сильныя боли и безсонница. Больна 21 лѣтъ и 8 лѣтъ неспособна къ работѣ.	Retroflexio uteri mobilis.	Примѣненіе пессаріевъ впродолженіи многихъ лѣтъ, которые даютъ только проходящій результатъ, т. е. они удерживаютъ матку 2—3 дня въ нормальномъ положеніи, а затѣмъ она западаетъ назадъ, и приходится прибѣгать все къ бо́льшимъ номерамъ.	20 бря

…е матки …тковъ …ое во …евосѣ- …ія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
	—	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабл. серознаго покрова матки.	1 шелковый.	Послѣднее изслѣдованіе 16 мая 1891 года: матка антефлектирована, соединена съ брюшной стѣнкой. Жалуется на боли съ обѣихъ сторонъ, особенно съ лѣвой. Лѣвый яичникъ умѣренно увеличенъ.
-	—	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія брюшины матки.	3 шелк. шва.	Выздоровленіе. Отпущена домой здоровой. Въ сентябрѣ 1890 г. произошло зачатіе. Беременность безъ всякихъ осложненій протекла правильно. Срочные роды окончены поворотомъ и экстракціею мертваго плода при поперечномъ его положеніи.
увели- …идатки	—	Непосредственная фиксація дна матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія серозной оболочки дна матки.	3 шелковые шва.	Гладкое выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе 1 мая 1891 года: совершенно здорова; матка антефлектирована, крѣпко фиксирована.

Т

№№	Операторъ.	Имя больной возрастъ; число предшествовав-шихъ родовъ	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де
1	Славянскій. (Наблюд. 2-е).	Е. Н.. 30 л., нерожавшая.	Регулы начались на 17 году жизни, скоро установились и приходили черезъ 2 — 3 нед. продолжаясь по 10 — 12 дней въ обильномъ количествѣ, и сопровождаясь всякій разъ очень сильными болями. На 25-мъ году жизни ей удаленъ полипъ цервикальнаго канала; съ тѣхъ поръ меноррагіи уменьшились, но дисменоррея осталась in statu quo. 3 мѣсяца т. н. здоровье ея значительно ухудшилось. Съ тѣхъ поръ животъ въ нижней части, а также поясница болятъ уже постоянно, а не только во время регулъ. Сердцебіенія, одышка, общая слабость, частые обмороки, отсутствіе аппетита, запоры, смѣняющіеся поносами съ болями во всемъ животѣ.	Retroflexio uteri. Metritis chronica. Oophoritis chronica bilateralis.	Пессаріи усиливаютъ боли. Мушки, горячіе влагалищные души, іодъ-калиглицериновые тампоны не приносятъ ни малѣйшаго облегченія.	16 1[illegible]

Д А III-я.

…матки …тковъ …ое во …евосѣ- …я.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперационнаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…ескій …и дву- …й хро- …й оофо- …тка не- …взадъ, …рована.	—	Двусторонняя кастрація.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а безъ соскабливанія эндотелія брюшины матки.	3 шва изъ іодоформирован. шелку.	Операція продолжалась 45 м. Послѣопераціонное теченіе гладкое, безлихорадочное. Брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ; разстройствъ со стороны мочеиспусканія нѣтъ. Всѣ болѣзненные симптомы, мучившіе больную до операціи исчезли. Матка значительно уменьшилась въ объемѣ, лежитъ въ anteversio подвижна, соединена тяжкомъ съ брюшной стѣнкой. Своды свободны и безболѣзненны. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 г. 9 мѣсяцевъ послѣ операціи.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д
2	Рейнъ (по Ляхницкому [127]).	М. М—я. 31 года, нерожавшая.	Мѣсячныя съ самаго начала болѣзненны. 22-хъ лѣтъ вышла замужъ. Вскорѣ послѣ замужества выкидышъ 2-хъ недѣльнаго срока. У мужа былъ перелой. 2 г. спустя овдовѣла. Вторично вышла замужъ на 26-году за импотента. Съ того времени страданія ея значительно усилились. Помимо неудовлетворенности sub coitu, каждое соитіе болѣзненно. Боли внизу живота остаются и послѣ coitus; меноррагіи; общая слабость. Общееневрное разстройство; головныя боли и головокруженія; постоянныя боли въ поясницѣ и въ животѣ, значительно усиливающіяся во время регулъ и при каждомъ напряженіи. Запоры и боли при испражненіи. Частые позывы и и боли при мочеиспусканіи.	Retroflexio uteri fixata. Oophoritis et Salpingitis duplex. (Pelveoperitonitis).	Противовоспалительное леченіе не улучшаетъ состоянія больной. Попытки къ исправленію положенія матки безуспѣшны, и наоборотъ каждая попытка къ исправленію положенія матки и даже простое изслѣдованіе вызываетъ обостреніе воспалительныхъ явленій съ повышеніемъ температуры до 38,0° С.	2[illegible] 1[illegible]

...матки ...тковъ ...е во ...евосѣ- ...і.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода Результаты операціи и послѣднее изслѣдоваіе.
...фикси- ...ь зад- ...гласо- ...стран- ...нпки ...хрони- ...алены.	Весьма плотныя сращенія разрушены пальцами.	Удаленіе обоихъ яичниковъ и трубъ. Часть лѣваго яичника оставлена.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'а.	3 шелковые шва.	Операція продолжалась 1 часъ 11'. Послѣопераціонный періодъ нормаленъ безъ осложненій. Первые 4 дня незначительныя боли при накопленіи мочи въ пузырѣ. Max. T-rae 38° C. на 12 день послѣ операціи вслѣдствіе нагноенія въ швахъ, фиксирующихъ матку. Брюшные швы удалены на 9, а фиксировавшіе матку на 15 день. Рана зажила первымъ натяженіемъ. При первомъ изслѣдованіи въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ на мѣстѣ разрушенныхъ сращеній разлитой довольно объемистый эксудатъ, а также незначительный эксудатъ въ лѣвомъ сводѣ на мѣстѣ удаленнаго яичника. Эксудатъ этотъ всосался впослѣдствіи. Рѣзкое улучшеніе состоянія. Всѣ тягостныя явленія, наблюдавшіяся до операціи исчезли. Осталась нѣкоторая слабость и чувство переполненія мочеваго пузыря даже по опорожненіи его. Послѣднее изслѣдованіе въ январѣ 1890 года т. е. черезъ 10 мѣсяцевъ. Прекрасное самочувствіе. Матка въ состояніи anteflexio, довольно подвижна. На мѣстѣ оставшейся части лѣваго яичника незначительный инфильтратъ. Регулы правильны и безболѣзненны. Coitus также безболѣзненъ.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д…
3	[214] Toerngren (№ 30-й его чревосѣч.).	A. W. A. 25 лѣтъ.	Аменоррея.	Retroflexio uteri fixata. Oophoritis et salpingitis duplex.	—	6 1
4	[214] Toerngren (№ 41-й его чревосѣч.).	J. M. R. 45 лѣтъ.	—	Retroflexio uteri fixata. Prolapsus ovariorum. Oophoritis chronica duplex. Hydrosalpinx dextra. Salpingitis chronica sinistra.	—	(1
5	[214] Toerngren (№ 29-й его чревосѣч.).	H. J. V. 27 лѣтъ.	—	Retroflexio uteri fixata. Oophoritis et salpingitis catarrhalis chronica.	—	2
6	[214] Toerngren (№ 31 его чревосѣч.)	—	—	Retroflexio uteri fixata. Oophoritis et salpingitis duplex.	—	12 р…

…матки …атковъ …ое во …ревосѣ- …ія.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…фикси- …зъ зад- …гласо- …эстран- …ники и …мѣнены.	Сращенія разрушены.	Удаленіе обоихъ яичниковъ и трубъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Czerny.	2 толстые кэтгутовые шва.	Послѣопераціонный періодъ протекалъ съ незначительной лихорадкой. Матка хорошо фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ. Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе 27 августа 1889 г., т. е. черезъ 2 мѣсяца и 3 недѣли послѣ операціи.
…фикси- …въ зад- …угласо- …остран- …чники и …эничес- …алены.	Сращенія разрушены.	Удаленіе обоихъ яичниковъ и трубъ.	Непосредственная фиксація матки по способу Czerny.	2 кэтгутовые шва.	Послѣопераціонный періодъ безлихорадочный. Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе 27 августа 1889 г., т. е. черезъ 2 мѣсяца и 3 недѣли послѣ операціи: матка хорошо фиксирована къ брюшной стѣнкѣ.
…и измѣ- …атка и …сильно …щены.	Сращенія разрушены.	Удаленіе обоихъ яичниковъ и трубъ.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Czerny.	2 кэтгутовые шва.	Послѣопераціонный періодъ безлихорадочный. Выздоровленіе. Послѣднее изслѣдованіе 27 августа 1889 г. т. е. черезъ мѣсяцъ послѣ операціи: матка хорошо фиксирована къ брюшной стѣнкѣ.
…измѣ- …атка …вана …совомъ …ствѣ.	Сращенія разрушены.	Удаленіе обоихъ яичниковъ. и трубъ.	Непосредственная фиксація матки по способу Terrier.	3 изъ толстаго кэтгута.	Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій. Матка хорошо фиксирована къ брюшной стѣнкѣ.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де…
7	Славянскій (Набл. IV-ое).	М. М. 26 лѣтъ, 6 разъ рожавшая.	6 разъ рожала и 2 раза выкидывала. Во время 5-хъ родовъ было приращеніе дѣтскаго мѣста, потребовавшее ручнаго его отдѣленія. Вскорѣ послѣ пятыхъ родовъ боли внизу живота и въ поясницѣ, очень болѣзненныя и обильныя регулы, бѣли. Всѣ эти симптомы продолжаются по настоящее время. Послѣ 6-хъ родовъ присоединились къ этому кровотеченія, остановившіяся отъ выскабливанія слизистой оболочки полости матки и выпрямленія матки пессаріемъ Hodge, но сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ не только не уменьшились, но все прогрессируютъ, также дисменоррея. Въ послѣднее время временами частые позывы на мочеиспусканіе, боль при этомъ актѣ, особенно въ концѣ его и чувство какъ бы неоконченности его.	Retroflexio uteri. Metritis et endometritis chronica. Cystoma ligamenti lati sinistri.	Продолжительное леченіе пессаріями безъ пользы. Выскабливаніе слизистой оболочки полости матки въ февралѣ 1890 года.	11… ря…

... матки ...тковъ ...е во ...евосѣ- ...і.	Сращенія.	Удаленіе придатковъ.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперраціоннаго періода Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
... лѣвой ... въ ...огоп.	—	Лѣвосторонняя оваріотомія.	Непосредственная фиксація матки по способу Czerny.	2 шва изъ іодоформированнаго шелку.	Операція продолжалась 35 м. и протекла безъ всякихъ осложненій. Послѣоперраціонное теченіе безлихорадочное. Послѣ операціи больная мочится сама безъ всякой боли при мочеиспусканіи. Рана за исключеніемъ самой нижней части зажила первымъ натяженіемъ. Исчезновеніе дисменорреи и менорррагій, а также другихъ болѣзненныхъ симптомовъ, мучившихъ больную до операціи. Матка уменьшилась въ длинникѣ, лежитъ въ anteversio-flexio подвижна, но соединена съ брюшной стѣнкой. Послѣднее изслѣдованіе 15 октября 1891 г. то есть черезъ годъ послѣ операціи. Совершенно здорова.

ТАБ

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д
1	Küstner (3-й сл. Grünberg'a [68]).	Anna Sulp. 34 л., 1 разъ рожавшая.	Регулы черезъ 4 нед. по 5—6 дней, необильны, очень болѣзненны. За мужемъ 14 лѣтъ. Одинъ разъ рожала 12 лѣтъ т. н. Съ тѣхъ поръ боли въ животѣ и въ поясницѣ, бѣли и головныя боли.	Retroflexio uteri fixata.. Многочисленные тяжи съ лѣвой стороны матки и у лѣваго яичника. Придатки здоровы.	Леченіе пессаріями Thomas'a Schultze, Maier'a безъ результатовъ.	
2	Славянскій (Набл. I).	М. Г. 28 л. 2 раза рожавшая.	Болѣзнь началась вскорѣ послѣ 2-хъ родовъ лихорадкой и сильными болями внизу живота. Боли особенно усиливаются при попыткѣ ходить; особенно сильны боли въ правой половинѣ живота. Вслѣдствіе этого больная $1^1/_2$ года не покидаетъ кровати. Въ началѣ 1888 г. поступила въ клинику, гдѣ при изслѣдованіи было діагносцировано у нея: Perimetritis et oophoritis chronica. 17 марта 1888 г. произведена двусторонняя кастрація, но боли послѣ кастраціи, только незначительно уменьшились; кромѣ того у больной появились частые позывы на мочеиспусканіе, сильно выраженныя боли въ правой поясничной области, запоры, тошнота и одышка.	Retroflexio uteri mobilis post castrationem. Перегибъ праваго мочеточника.	Наркотическія свѣчки, согрѣвающіе компрессы не уменьшаютъ боли. Пессаріевъ не можетъ переносить.	

IV-я.

...е матки ...датковъ ...ное во ...ревосѣ- ...нія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперaціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...сленныя ...яно лѣво- ...ю матки, ...ичнику и ...трубѣ. ...ыетяжи ...аго яич- ...на зад- ...ерхности ...Iридатки ...овы.	Отдѣленіе сращеній тупымъ орудіемъ.	Комбинація непосредственной фиксаціи матки по видоизмѣненному Küstner'омъ способу Leopold'a съ полунепосредственной фиксаціей по способу Olshausen'a.	4 шва изъ silk worm-gut.	Операція продолжалась 45′. Брюшные швы удалены на 18-й день, фиксирующіе матку на 25-й день послѣ операціи. Prima intentio. Изслѣдованіе черезъ 1 мѣсяцъ послѣ операціи: матка плотно приращена къ брюшной стѣнкѣ, въ anteflexio. Всѣ болѣзненныя явленія исчезли. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 1 годъ послѣ операціи: матка нормально антефлектирована, прилегаетъ хорошо къ брюшной стѣнкѣ. Нѣтъ никакихъ жалобъ.
...ерегнута ...адъ.	—	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a безъ соскабливанія брюшины матки.	2 шва изъ іодоформированнаго шелку.	Продолжительность операціи 30′. Послѣ операціонной періодъ безлихорадоченъ. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Моча въ первые 2 дня послѣ операціи была выпускаема катетеромъ, а затѣмъ больная мочится сама безъ всякаго затрудненія. Боли, мучившія ее до операціи, исчезли, точно также и частые позывы на мочеиспусканіе. Матка въ anteversio—flexio подвижна фиксирована къ брюшной стѣнкѣ. Своды свободны. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 2 г. 4 мѣс. послѣ операціи.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де... р...
3	Küstner (4-й сл. [68]). Grünberg'a)	Sarah Trachtenberg 17 л. нерожавшая.	Незамужняя. Дисменоррея, меноррагіи и совершенная неправильность регулъ. Затрудненіе въ глотаніи, Globus hystericus; слабость въ ногахъ, судороги бѣли; затрудненіе мочеиспусканія, болѣзненность, а также учащеніе позывовъ къ нему. Боли въ спинѣ, подъ ложечкой и въ животѣ.	Retroflexio uteri mobilis. Истерія.	Леченіе пессаріями Thomas, Schultze, Hodge безъ успѣха. Леченіе внутриматочными поддерживателями вмѣстѣ съ 8-образнымъ пессаріемъ Schultze, а затѣмъ Thomas'a также безуспѣшно. Противоистерическое леченіе также не приноситъ никакой пользы. (Все это впродолженіи многихъ мѣсяцевъ).	24 18
4	Küstner (6-й сл. [68]). Grunberg'a)	Г-жа Sippelkin 35 л.	Интензивныя боли внизу живота и въ поясницѣ. Головныя боли и очень сильныя меноррагіи.	Retroflexio uteri fixata. Крѣпкія сращенія особенно съ правой стороны. Придатки повидимому здоровы.	Репозиція невозможна и подъ наркозомъ. Методъ Schultze безъ успѣха.	29 бря
5	Küstner (7-й [68]). Grunberg'a)	Kathatina Drinks 40 л. 6 разъ рожавшая.	Послѣдніе роды 3 года т. н. 3 мѣсяца т. н. абортъ. Боли въ крестцѣ и нижнихъ конечностяхъ, дѣлающія ходьбу невозможной. Запоры. Затрудненіе при мочеиспусканіи; временная анурія. Стулъ и мочеиспусканіе съ двухъ лѣтъ производятся искусственно. Параличная слабость въ нижнихъ конечностяхъ, вслѣдствіе чего больная уже 2 года постоянно лежитъ. Decubitus.	Retroflexio uteri mobilis. Neuritis nervorum ischiadicorum съ рѣзко выраженной реакціей перерожденія.	Общее леченіе и ортопедическое пессаріями Hodge, Tomas'a, Schultze безуспѣшно.	20 ... ря ...

…матки …тковъ …ое во …евосѣ-…я.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперaціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…и здо-…ы.	—	Непосредственная фиксація матки по видоизмѣненному Küstner'омъ способу Leopold'a.	3 шва изъ silkwormgut.	Послѣоперaціонное теченіе правильно; 17 апрѣля удалены фиксирующіе матку швы. Значительное улучшеніе. Силы въ нижнихъ конечностяхъ прибавились. Матка антефлектирована, плотно прилегаетъ къ брюшной стѣнкѣ. Состояніе паціентки впослѣдствіи мало измѣнилось.
…ксиро-…помо-…ихъ тя-…а яич-…і помо-…пѣж-…екъ въ …мъ про-…. При-…ровы.	Сращенія отдѣлены отчасти руками, отчасти термокаутеромъ Pakelin'a.	Непосредственная фиксація матки по видоизмѣненному Küstner'омъ способу Leopold'a.	3 шва изъ silkwormgut.	Длительность операціи 45'. Послѣоперaціонное теченіе въ началѣ нормально. На 15-й день приблизительно нагноеніе (?) въ дугласовомъ пространствѣ. Повышеніе T-rae до 38,5° C. продолжалось 4 дня. Съ тѣхъ поръ безлихорадочное состояніе. Ледъ. T-ra Opii. Затѣмъ теплыя ванны. При изслѣдованіи значительная неподатливость обѣихъ Дугласовыхъ складокъ особенно справа. Головныя боли и прочія явленія, безпокоившія больную, исчезли. Матка фиксирована спереди.
…и здо-…ы.	—	Непосредственная фиксація задней поверхности матки (Küstner намѣревался сдѣлать экстраперитонеальную гистеропексію по Kaltenbach'y, но случайно задѣлъ брюшину и потому произвелъ интраперитонеальную гистеропексію).	3 шва изъ silkwormgut.	Затрудненіе при мочеиспусканіи и испражненіи исчезло Общее состояніе значительно улучшилось, также невритъ существенно улучшился. Больная не только можетъ ходить хорошо и прямо, и боли въ ногахъ исчезли вполнѣ, но и объективно доказывается весьма значительное обратное развитіе страданія. Впослѣдствіи функціональный результатъ поразительно хорошъ. Матка хорошо и плотно прилежитъ къ брюшной стѣнкѣ и прижила въ hyperanteflexio.

№№	Операторъ.	Имя больной, возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де
6	Славянскій. (Набл.III).	Н. Т. 30 л. нерожавшая.	Болѣзнь началась 8 л. т. н. послѣ выкидыша болями въ лѣвой паховой области и въ лѣвой ягодицѣ, усиливавшимися во время регулъ. Послѣ операціи Alquié-Alexander'a произведенной ей въ 1887 г. болѣзнь на нѣкоторое время стихла, но затѣмъ возобновилась съ прежней силой и притомъ присоединились сильныя головныя боли, запоры, смѣняющіеся поносами, апатія и сильная нервозность, такъ что она неспособна ни къ какой работѣ.	Retroflexio uteri mobilis. Metritis chronica. Perimetritis lateralis sinistra. Ren dexter mobilis.	Продолжительное мѣстное леченіе, направленное противъ периметрита: горячіе влагалищные души, теплыя ванны и пр. Пессаріевъ не переноситъ. Операція Alexander'a, произведенная ей въ 1887 г, въ Москвѣ безъ успѣха.	2
7	Engström.[51] (21-й сл. его чревосѣч.).	O. G. 31-й годъ.	Сильныя боли въ животѣ и въ поясницѣ; неправильности регулъ. Страдаетъ съ 7 лѣтъ.	Retroflexio uteri fixata.	Леченіе пессаріями безуспѣшно. 28 февраля 1889 г. разрушеніе сращеній подъ хлороформеннымъ наркозомъ и вставленіе пессарія, но матка, не смотря на лежащій во влагалищѣ пессарій, возвращается въ состояніе перегиба взадъ.	

…е матки …тковъ …ое во …евосѣ…я.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперaціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
… и тру… измѣне… …ка по… …на.	Сращенія отдѣлены.	Непосредственная фиксація матки по способу Leopold'a безъ соскабливанія брюшины.	2 шва изъ іодоформированнаго шелку.	Продолжительность операціи 30'. Послѣоперaціонный періодъ нормаленъ. Брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ. Моча въ первые 2 дня послѣ операціи была выпускаема катетеромъ, съ 3-го дня больная мочится сама безъ всякихъ непріятныхъ явленій. Боли, испытываемыя больной, почти исчезли, но нервная раздражительность и подавленное психическое состояніе остались in statu quo. Матка въ anteversio-flexio подвижна, безболѣзненна, фиксирована къ брюшной стѣнкѣ. Своды свободны и безболѣзненны. Послѣднее изслѣдованіе черезъ годъ послѣ операціи.
…и безъ …еній.	—	Непосредственная фиксація дна матки по способу Czerny.	2 шелковые шва.	Операція продолжалась 20'. Послѣоперaціонное теченіе правильно. Высшая T-ra 37, 8° C. 18 апрѣля 1890, т. е. больше чѣмъ черезъ 1 мѣсяцъ послѣ операціи матка фиксирована дномъ надъ симфизомъ. Болѣзненные симптомы исчезли.

№№	Операторъ.	Имя больной, возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Де[illegible]
8	Küstner (9-й сл. [68]) Grünberg'a).	Sjeve Pehr. 40 л. 9 разъ рожавш.	15 мѣсяцевъ т. н. абортъ. Послѣ аборта продолжительно болѣла и лихорадила. Съ тѣхъ поръ сильныя боли въ крестцѣ и въ животѣ. Матка въ retroflexio, сильно оттянута взадъ, прикрѣплена къ лѣвой стѣнкѣ таза сзади и сращена съ нею при помощи тугихъ перитонеальныхъ спаекъ. Правая труба инфильтрирована. Правый яичникъ увеличенъ, чувствителенъ и крѣпко приращенъ къ задней стѣнкѣ таза. Слѣва позади матки прощупывается тугоэластическая резистенція.	Retroflexio uteri fixata. Salpingooophoritis chronica duplex.	Согрѣвающіе компрессы, влагалищные души, іодъ-кали-глицериновые тампоны безъ успѣха. Отъ разрушенія сращеній подъ наркозомъ и выпрямленія матки пришлось отказаться, такъ какъ этіологія указывала на септическое заболѣваніе и можно было предполагать ограниченные гнойники.	2[illegible] 1[illegible]
9	Славянскій. (Набл. V).	А. Г. 24 лѣтъ, нерожавшая.	Постоянная боль и чувство давленія внизу живота; боли въ поясницѣ; чувство напора на прямую кишку, болѣзненныя регулы, постоянные запоры, смѣняющіеся иногда поносами и боли въ epigastrio, апатія отъ 1 1/2 года т. н. послѣ паденія in statu reconvalescentiae отъ брюшнаго тифа.	Retroflexio uteri mobilis. Рефлекторный неврозъ пищеварительнаго аппарата вслѣдствіе перегиба матки взадъ.	Продолжительное леченіе желудочнокишечныхъ явленій. Пессаріи не приносятъ пользы.	1[illegible] бр[illegible]

…іе матки …датковъ …ное во …ревосѣ- …нія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперапіоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
смѣщена и влѣво, а съ киш- о стѣнкой Правый ь склеенъ ужающи- ями. Лѣ- йти нель- ва матка сращена астиче- а ощупь ваніемъ, ръ кото- поддает- едѣленію sigmoi- ограни- гной- тдѣленіе й съ лѣ- оня при щихся хъ счи- непока- ымъ.	Довольно толстыя сращенія отдѣлены, отчасти пальцами, отчасти термокаутеромъ Paklin'а отъ кишки и отъ стѣнки таза съ правой стороны, съ лѣвой же оставлены.	Непосредственная фиксація матки по видоизмѣненному Küstner'омъ способу Leopold'а.	3 шва изъ silkwormgut.	Продолжительность операціи 40 м. Послѣоперапіонный періодъ нормаленъ. 5-го апрѣля удалены брюшные, а 14-го фиксирующіе матку швы. При изслѣдованіи матка въ anteversio-flexio прилежитъ къ брюшной стѣнкѣ. Постепенно состояніе больной улучшилось, болѣзненные симптомы стихли.
и при- ея безъ меній.	—	Непосредственная фиксація матки по способу Czerny.	2 шва изъ іодоформированнаго шелку.	Операція продолжалась 40′. Послѣоперапіонное теченіе гладко и безлихорадочно. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Разстройствъ со стороны мочеиспусканія нѣтъ, мочится съ перваго же дня сама. Всѣ симптомы безпокоившіе больную до операціи исчезли. Матка въ anteversio-flexio, подвижна, соединена съ брюшной стѣнкой. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операціи: матка подвижна, соединена съ брюшной стѣнкой.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшедствовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшедствовавшее леченіе.	Д
10	Славяскій (Наблюд. VI).	А. Я. 25 лѣтъ, 2 раза рожавшая.	Больна съ 4-хъ лѣтъ т. н., т. е. со времени выкидыша. Съ тѣхъ поръ боли въ поясницѣ и внизу живота, усиливающіяся отъ тѣлесныхъ напряженій, колотье въ правомъ паху и ноющая боль при coitus. Менорррагіи и метроррагіи. Сильная дисменоррея.	Retroflexio uteri fixata. Adhaesiones perimetriticae.	Горячіе влагалищные души іодъ-кали-глицериновые и ихтіоловые тампоны облегчаютъ, но не улучшаютъ страданія.	2[illegible]
11	Славянскій (Наблюд. VII).	А. П. 27 лѣтъ, нерожавшая.	Менструаціи съ самаго появленія сопровождались сильными болевыми ощущеніями. Во время лѣтнихъ мѣсяцевъ крови прекращались и съ прекращеніемъ послѣднихъ у больной появлялся отекъ общихъ покрововъ, продолжавшійся во все время ихъ отсутствія. Вагинизмъ со времени замужества не смотря на произведенную hymenectom'ію 7 лѣтъ т. н. Болѣзненное чувство тяжести внизу живота, тянущія боли въ этомъ мѣстѣ, усиливающіяся во время ходьбы и распространяющіяся въ крестцѣ; усиленіе болей во время регулъ; тошнота, рвота, запоры и боли въ области желудка, головныя боли и сердцебіенія.	Retroflexio uteri congenita. Metritis chronica. Ren sinister mobilis.	Горячіе влагалищные души; скарификаціи. Пессаріевъ не переносятъ.	2[illegible]

...е матки ...датковъ ...ное во ...ревосѣ... ...ія.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣопераціоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
...я матки ...сильно ...съ пра... ...ороны ...за про... ...а.	Сращенія отдѣлены пальцами.	Непосредственная фиксація матки по способу Czerny.	2 шва изъ іодоформированнаго шелку.	Операція продолжалась 20′. Послѣоперaціонный періодъ безлихорадоченъ. Брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ. Съ перваго же дня послѣ операціи мочится сама. Всѣ болѣзненные симптомы исчезли сейчасъ же послѣ операціи, менорргагіи же и метрорргагіи только черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи. Матка въ прекрасной anteversio-flexio, подвижна, уменьшилась въ объемѣ, соединена съ брюшной стѣнкой. Своды свободны. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операціи.
...ей стѣн... ...фибро... ...ь горо... ...чники и ...езъ из...	—	Непосредственная фиксація матки по способу Czerny.	1 швовъ изъ іодоформированнаго шелку.	Операція продолжалась 25′. Послѣ-операціонное теченіе гладко и безлихорадочно. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Моча въ первые 2 дня послѣ операціи была выпускаема катетеромъ, а затѣмъ больная стала мочиться сама безъ всякихъ непріятныхъ явленій. Всѣ симптомы безпокоившіе ее до операціи уменьшились. Матка въ положе. anteversio-flexio, фиксирована къ брюшной стѣнкѣ, но подвижна. Своды свободны и безболѣзненны. Послѣднее изслѣдованіе черезъ $1^1/_2$ мѣсяца послѣ операціи.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д
12	Славянскій (Набл. VIII).	Е. К. 31 лѣтъ 1 разъ рожавш.	$3^1/_2$ года т. н. послѣ выкидыша на 5 мѣсяцѣ сильное кровотеченіе, продолжавшееся 8 недѣль. По прекращеніи кровотеченія у больной появились сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ. Съ тѣхъ поръ также неправильности регулъ: онѣ приходятъ черезъ 2—3 недѣли продолжаясь по 6—8 дней, причемъ кровь идетъ въ очень обильномъ количествѣ сгустками. Сильная дисменоррея.	Retroflexio uteri mobilis. Metritis chronica. Ren dexter mobilis.	Горячіе влагалищные души, іодъ-кали-глицериновые и ихтіоловые тампоны, скарификаціи, массажъ безъ результатовъ. Пессаріевъ не можетъ переносить.	3
13	А. Фишеръ. (Набл. IX).	А. А. 32 лѣтъ, нерожавш.	Больна со времени выкидыша, т. е. съ 7 лѣтъ т. н. Съ этого времени ноющая боль внизу живота и въ поясницѣ, усиливающаяся до и во время кровей, а также во время coitus. Интензивная дисменоррея, уменьшеніе въ количествѣ и неправильность регулъ. Сильные запоры, такъ что испражненія производятся только искусственнымъ образомъ. Сильныя головныя боли, особенно во время регулъ. Сильная нервозность.	Retroversio uteri fixata. Metritis chronica. Adhaesiones perimetriticae. Ren dexter mobilis.	Продолжительное леченіе горячими влагалищными душами, разсольными ваннами и массажемъ безъ всякой пользы.	

…матки …тковъ …ое во …евосѣ- …я.	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперапіоннаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…ки безъ …й.	—	Непосредственная фиксація матки по способу Czerny.	2 изъ іодоформированнаго шелку.	Операція продолжалась 20′. Послѣоперапіонный періодъ безъ осложненій. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Мочится сама съ перваго же дня послѣ операціи безъ непріятныхъ ощущеній. Всѣ симптомы, безпокоившіе больную до операціи, черезъ нѣкоторое время послѣ нея вполнѣ исчезли. Матка въ anteversio-flexio, подвижна, соединена съ брюшной стѣнкой. Матка уменьшилась въ объемѣ. Своды свободны и безболѣзненны. Послѣднее изслѣдованіе черезъ 6½ мѣсяцевъ послѣ операціи.
…ки безъ …й. Мат- …ирована …мъ ду- …, про- …ѣ много- …ными …и сра- … Болѣе …ращенія …ти при- …въ.	Сращенія отдѣлены пальцами. Кровотеченіе изъ разорванныхъ сращеній незначительно.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Czerny.	1 шовъ изъ іодоформированнаго шелку.	Операція продолжалась 40′. Послѣоперапіонное теченіе гладко, безлихорадочно. Съ перваго же дня послѣ операціи мочится сама. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Всѣ болѣзненные симптомы послѣ операціи исчезли. Матка фиксирована къ брюшной стѣнкѣ въ положеніи anteversio-flexio. Въ заднемъ сводѣ незначительная инфильтрація на мѣстѣ разрушенныхъ сращеній, постепенно уменьшающаяся и исчезнувша черезъ 6 недѣль послѣ операціи. Послѣднее изслѣдованіе 15 сентября 1891 г. т. е. черезъ 3½ мѣсяца послѣ операціи.

№№	Операторъ.	Имя больной; возрастъ; число предшествовавшихъ родовъ.	Анамнезъ и главные субъективные симптомы.	Діагнозъ.	Предшествовавшее леченіе.	Д
14	А. Фишеръ. (Набл. X).	М. З. 28 лѣтъ, нерожавшая.	Больна со времени 2-го выкидыша. Боли внизу живота и въ поясницѣ, бѣли. Дисменоррея, уменьшеніе въ количествѣ регулъ. 2 раза метроррагіи, продолжавшіяся каждый разъ больше 4-хъ недѣль. Сильные запоры. Частыя невральгіи 5-ой пары особенно праваго supraorbitalis.	Retroflexio uteri fixata. Adhaesiones perimetriticae. Metritis chronica.	Продолжительное леченіе теплыми ваннами, горячими влагалищными душами, іодъ-кали глицериновыми, и ихтіолъ-глицериновыми тампонами и массажемъ безъ особенной пользы.	2 1

…атки …ковъ …во …осѣ-	Сращенія.	Методъ операціи.	Швы.	Продолжительность операціи. Теченіе послѣоперационнаго періода. Результаты операціи и послѣднее изслѣдованіе.
…безъ …мат- …ована …ь ду- …гочи- …очень …сра- …Въ …идат- …щенія …енны, …е сла-	Сращенія отдѣлены отчасти пальцами, отчасти ножемъ и ножницами. Кровотеченіе изъ разорванныхъ и разрѣзанныхъ сращеній незначительно.	Непосредственная фиксація дна матки по способу Czerny (швовъ проведенъ черезъ дно матки en faufilé).	1 шовъ изъ іодоформированнаго шелку.	Операція продолжалась 40′. Послѣоперационный періодъ протекъ вполнѣ нормально. Съ перваго же дня послѣ операціи больная мочится сама. Вокругъ нижняго, закрывающаго брюшную рану, шва незначительное нагноеніе. Всѣ болѣзненные симптомы исчезли сейчасъ же послѣ операціи. Матка фиксирована къ брюшной стѣнкѣ въ anteversio-flexio. Своды свободны и безболѣзненны. Послѣднее изслѣдованіе 26 октября 1891 г. Матка подвижна, соединена съ брюшной стѣнкой, значительно уменьшилась въ объемѣ. Своды свободны и безболѣзненны. Совершенно здорова.

IX.

Одиннадцать случаевъ hysteropexiae abdom. anter. intraperitonealis, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго.

Какъ уже сказано выше, 8 марта 1889 года профессоромъ К. Ф. Славянскимъ въ завѣдуемой имъ клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней при Императорской Военно-Медицинской Академіи была произведена первая Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis primaria, при загибѣ матки назадъ. Затѣмъ, по настоящее время, въ клиникѣ всего произведено 11 гистеропексій, къ описанію которыхъ мы теперь и перейдемъ.

Во избѣжаніе, однако, излишнихъ повтореній мы предварительно опишемъ вкратцѣ обычную обстановку, при которой въ клиникѣ производятся чревосѣченія и способъ оперативной техники гистеропексіи, который употреблялся проф. Славянскимъ. Операціонное помѣщеніе наканунѣ обильно омывалось водой. Губки и инструменты стерилизовались сухимъ жаромъ и передъ началомъ операціи погружались въ кипяченую воду, безъ прибавленія какихъ-либо химическихъ обеззараживающихъ средствъ. Больной наканунѣ давалось слабительное, дѣлалась общая мыльная ванна и утромъ въ день операціи ставилось промывательное. Влагалище и наружные половые органы тщательно дезинфецировались, волоса на лобкѣ сбривались, мочевой пузырь опорожнялся катетеромъ. Передняя брюшная стѣнка обмывалась мыломъ, растворомъ сулемы 1:1000 и въ заключеніе теплой кипяченой водой. Для наркоза употреблялся хлороформъ, приготовленный изъ хлоралъ-гидрата. Всѣ присутствующіе на операціи соблюдали обычныя правила чистоты и обеззараживанія и одѣвались въ длинные бѣлые передники.

Захлороформированная больная укладывалась съ сильно приподнятымъ тазомъ на операціонномъ столѣ съ наклонной плоскостью (Trendelenburg'овское положеніе). Это положеніе оперируемой при чревосѣченіяхъ удобно въ томъ отношеніи, что петли кишекъ при этомъ легко отходятъ въ куполъ грудобрюшной преграды и, благодаря этому, не мѣшаютъ ясно видѣть расположеніе тазовыхъ внутренностей. Разрѣзъ брюшной стѣнки проводился на 2—3 поперечныхъ пальца ниже пупка, по бѣлой линіи, не доходя на 2 поперечныхъ пальца до лоннаго соединенія. Брюшина вскрывалась между 2 пинцетами, и затѣмъ рана ея расширялась ножницами

по пальцу внизъ и вверхъ до величины кожной раны. По разрѣзѣ брюшной стѣнки введенною въ полость живота рукою изслѣдовались матка и ея придатки, разрушались околоматочныя сращенія, исправлялось положеніе матки, и дно ея устанавливалось въ нижнемъ углу раны противъ брюшной стѣнки, въ какомъ положеніи оно удерживалось пальцами спеціальнаго помощника, приподымавшаго матку per vaginam. Для наложенія подвѣшивающихъ матку швовъ употреблялась іодоформированная шелковая лигатура, оба конца которой вдѣвались въ изогнутыя круглыя иглы. Одна изъ 2 иголъ, удерживаемая иглодержателемъ, проводилась слѣва направо черезъ толщу передней стѣнки матки, между мѣстами отхожденія круглыхъ связокъ, и затѣмъ прокалывалась изнутри кнаружи черезъ правый край брюшной раны; другая игла проводиласъ затѣмъ такимъ-же образомъ черезъ лѣвый край раны. Слѣдующій шовъ накладывался тѣмъ-же порядкомъ на 0,5 снтм. ниже перваго. При проведеніи иглы черезъ стѣнку матки операторъ строго слѣдилъ за тѣмъ, чтобы все время оставаться въ ея толщѣ и никоимъ образомъ не проникать иглою въ полость матки, такъ какъ подобное пораненіе могло-бы обусловить переносъ содержимаго матки въ полость брюшины, что далеко не во всѣхъ случаяхъ можетъ считаться безразличнымъ.

Въ первыхъ 3 случаяхъ гистеропексій, произведенныхъ проф. Славянскимъ, лигатуры, подвѣшивающія матку, проводились черезъ всю толщу брюшныхъ стѣнокъ и составляли вмѣстѣ съ тѣмъ глубокіе швы, закрывающіе нижнюю часть брюшной раны (способъ Leopold'a). Онѣ удалялись на 14-й день послѣ операціи.

Въ остальныхъ 8 случаяхъ подвѣшивающія матку лигатуры выводились, не прокалывая кожу, надъ мышцами живота и фасціей, завязывались, коротко обрѣзывались, и узлы погружались въ ранѣ, (способъ Czerny), гдѣ лигатуры оставались до полнаго разсасыванія.

Брюшная рана закрывалась при помощи глубокихъ и поверхностныхъ узловатыхъ швовъ изъ іодоформированнаго шелку, причемъ всякій разъ обращалось особенное вниманіе на плотное соприкосновеніе брюшины и фасцій бѣлой линіи. Швы, закрывающіе брюшную рану, снимались на 9—10 день послѣ операціи.

Послѣ наложенія и завязыванія швовъ больная вытиралсь губками для устраненія слѣдовъ крови и пр., и затѣмъ накладывалась повязка: зашитая брюшная рана присыпалась порошкомъ іодоформа, послѣ чего клалась стерилизованная марля въ нѣсколько слоевъ, стерилизованная вата, смоленая пенька, листъ вощеной бумаги и все это удерживалось вязанымъ брюшнымъ бинтомъ, застегивающимся на крючкахъ и снабженнымъ короткими пантало-

нами, препятствующими бинту сбиваться вверхъ. Эта повязка лежала нетронутой до дня снятія брюшныхъ швовъ, когда ее возобновляли, послѣ чего, при заживленіи раны безъ нагноенія, она оставалась до выписки больной изъ клиники.

НАБЛЮДЕНІЕ I.

М. Г., 28 лѣтъ отъ роду, мѣщанка, по профессіи швея, уроженка петербургской губерніи, незамужняя, начала менструировать на 14-омъ году жизни. Крови являлись у нея довольно правильно, черезъ 4 нед., и, продолжаясь по 5 дней, были безболѣзненны и неособенно обильны. Половою жизнью начала жить на 23-мъ году. На 26-мъ году забеременѣла. Беременность, равно какъ и роды, протекли правильно. Она разрѣшилась живымъ младенцемъ. Послѣродовой періодъ протекъ безлихорадочно; встала на 7-ой день послѣ родовъ. 4 мѣсяца спустя послѣ родовъ она вторично забеременѣла. Во время второй беременности часто бывали судороги въ ногахъ, а также и отеки ихъ, общая слабость и головныя боли. Она разрѣшилась въ срокъ живымъ младенцемъ, который, равно какъ и первый, умеръ на 4-мъ мѣсяцѣ жизни.

Вскорѣ послѣ вторыхъ родовъ появилось лихорадочное состояніе и сильныя боли внизу живота, а спустя нѣкоторое время присоединилось чувство давленія на низъ и ощущеніе перекатыванія какого-то тѣла въ нижней части живота. Боли особенно усиливались при попыткѣ ходить, сосредоточиваясь въ правой половинѣ живота. Кромѣ того у больной часто являлись судороги въ рукахъ, тянущія боли, невольный плачъ и другія нервныя явленія. Вслѣдствіе такого состоянія больная уже полтора года не покидаетъ постели. За это время она перепробовала всѣ методы леченія, но безуспѣшно, и тогда обратилась въ клинику за помощью, гдѣ при изслѣдованіи діагносцировано: Retroflexio uteri mobilis. Perimetritis lateralis dextra. Oophoritis chronica bilateralis.

Такъ какъ мѣстное леченіе не дало никакихъ результатовъ, то больной 17 марта 1888 года произведена проф. Славянскимъ двусторонняя кастрація. Послѣопераціонный періодъ протекъ благопріятно, брюшная рана зажила per primam, периметритическій эксудатъ въ правомъ сводѣ исчезъ, но боли, которыя ощущала больная, только отчасти уменьшились. 18 апрѣля 1888 года больная выписалась изъ клиники. Послѣ операціи появлялись 2 раза крови: въ іюнѣ 1888 года въ небольшомъ количествѣ, продолжаясь одинъ день, и въ январѣ 1889 года въ порядочномъ количествѣ, продолжаясь 5 дней. Ежемѣсячно, въ опредѣленный

срокъ, боли усиливаются. 18 декабря 1888 года больная вновь поступила въ клинику. Субъективныя жалобы въ общемъ тѣже, что и до первой операціи. Кромѣ того больная жалуется на частые позывы къ мочеиспусканію, которые временами усиливаются, и рѣзко выраженныя боли въ правой почечной области, а со стороны желудка на изжогу, тошноту и сильные запоры.

Объективное изслѣдованіе: брюнетка средняго роста, слабаго тѣлосложенія и питанія, анемичная. Температура тѣла нормальна. Сердце и легкія здоровы. На средней линіи живота отъ прежде сдѣланнаго чревосѣченія линейный рубецъ. Брюшныя стѣнки напряжены, при надавливаніи на нихъ справа и внизу сильная болѣзненность. Моча не представляетъ ничего ненормальнаго. При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vaginalis смѣщена немного кпереди и кверху. Тѣло матки въ заднемъ сводѣ, образуетъ съ шейкою почти прямой уголъ, открытый назадъ. Матка нѣсколько увеличена въ объемѣ, подвижна, чувствительна при давленіи, консистенція ея плотнѣе нормальной. Длина полости матки 9 снтм. Діагнозъ: Retroflexio uteri post castrationem.

Только ненормальнымъ положеніемъ матки оставалось объяснить болѣзненные симптомы, замѣчаемые у больной. Увеличенное и перегнутое кзади тѣло матки давило на rectum, съуживая до извѣстной степени просвѣтъ послѣдняго. Retroflexio со смѣщеніемъ шейки впередъ вызвала, по всей вѣроятности, перегибъ праваго мочеточника, послѣдовательный затрудненный стокъ мочи и гидронефрозъ правой почки, на что указываютъ болѣзненность нижней части правой стороны живота и боли въ правой почечной области. Истерическія явленія, замѣчаемыя въ данномъ случаѣ, а также и тошноту можно было считать рефлекторными.

Больной назначены были наркотическія свѣчки, согрѣвающіе компрессы; матка была выпрямлена и фиксирована Hodge'вскимъ пессаріемъ, но пессарій настолько ухудшалъ субъективное состояніе больной, что отъ него пришлось отказаться.—Такъ какъ леченіе пессаріями не могло быть продолжаемо, а состояніе больной было настолько тяжело, что оно, во чтобы то ни стало, требовало радикальной помощи, то ей предложена была Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis, на что она охотно согласилась. Laparotomia secundaria произведена была проф. Славянскимъ 8 марта 1889 года, при обычной вышеописанной клинической обстановкѣ, при чемъ матка была пришита 2 лигатурами, по методу Leopold'a, безъ соскабливанія брюшины матки. Кровотеченіе во время операціи было самое незначительное. Операція продолжалась 30 минутъ.

Послѣоперараціонный періодъ: въ первый день, т. е. въ день

операціи, больная жаловалась на боль въ крестцѣ и въ нижней части живота. 2 раза была рвота, но температура тѣла, пульсъ и дыханіе почти не уклонялись отъ нормы. Для успокоенія болей ей впрыснуто подъ кожу $^1/_6$ gr. morphii muriat. Тѣже жалобы были, но въ меньшей степени, на слѣдующій день. 12 марта, т. е. на 4-й день послѣ операціи, больная уже чувствовала себя хорошо. Въ первые 2 дня послѣ операціи моча была выпускаема катетеромъ, съ 3-го же дня больная мочится сама, безъ всякихъ непріятныхъ явленій. Частые позывы къ моченспусканію исчезли сейчасъ же послѣ операціи. На 10-й день послѣ операціи были сняты швы съ брюшной раны, исключая 2-хъ, проведенныхъ черезъ матку, которые оставлены до 14-го дня. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Весь послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадочно. Высшая температура была 37,6, на 3-ій день послѣ операціи. Спустя 3 недѣли со дня операціи, больная встала съ постели. Боли, мучившія ее до операціи, исчезли. При гинекологическомъ изслѣдованіи, чрезъ мѣсяцъ послѣ операціи, найдено: матка въ переднемъ сводѣ, въ anteversio-flexio, фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ. Больная оставалась въ клиникѣ подъ наблюденіемъ $2^1/_2$ мѣсяца. При выпискѣ больной изъ клиники было найдено при изслѣдованіи тоже самое, что и при первомъ изслѣдованіи послѣ операціи, при чемъ полость матки уменьшилась до 8 сптм.; общее состояніе хорошее. Больная со времени операціи оставалась подъ наблюденіемъ: она совершенно здорова и можетъ своимъ собственнымъ трудомъ зарабатывать себѣ пропитаніе.

Послѣднее изслѣдованіе больной произведено 12 іюля 1891 г., т. е. 2 года и 4 мѣсяца послѣ операціи, при чемъ при изслѣдованіи найдено было: матка въ положеніи anteversio-flexio, нормальной величины, обладаетъ значительной подвижностью и въ тоже время не можетъ быть переведена въ положеніе retrovers'іи, ибо этому препятствуетъ отходящій отъ ея дна къ передней брюшной стѣнкѣ снурокъ. Своды свободны и безболѣзненны. — Самочувствіе вполнѣ хорошо.

(Случай этотъ вкратцѣ упомянутъ проф. Славянскимъ въ его сообщеніи Акушерско-Гинекологическому Обществу въ С.-Петербургѣ. [194])

НАБЛЮДЕНІЕ II.

Е. Н., 30 лѣтъ отъ роду, незамужняя, дворянка, уроженка г. Вильно, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Изъ разспросовъ больной оказалось: менструаціи начались у нея на 17-мъ году жизни, онѣ сразу установились и приходили черезъ 2—3 недѣли, продолжаясь по 10—12 дней въ довольно обильномъ количествѣ. За день передъ кровями у нея появлялись всякій разъ сильныя боли внизу живота и поясницѣ, которыя продолжались и во все время кровей. Съ 22-го года жизни у нея сильныя бѣли. На 25-мъ году ей удаленъ полипъ, выросшій изъ стѣнки цервикальнаго канала, приблизительно въ грушу величиною. Послѣ операціи дисменоррея осталась, но крови стали не такъ обильны, продолжаясь по 5-6 дней, вмѣсто 10-12, какъ прежде было. Бѣли также значительно уменьшились. Вскорѣ послѣ этого ей вставлено было кольцо, которое больная носила долѣе 3 мѣсяцевъ, но боли отъ этого усилились и потому отъ кольца пришлось отказаться. $1^1/_2$ года тому назадъ, видя, что леченіе на дому не приноситъ ей пользы, она пріѣхала въ С.-Петербургъ и поступила въ клинику. Лѣченіе, продолжавшееся 2 мѣсяца, состояло изъ мушекъ, іодъ-кали-глицериновыхъ тампоновъ и горячихъ душей. Послѣ этого боли внизу живота уменьшились, и она переведена была въ терапевтическое отдѣленіе проф. Кошлакова, гдѣ ей электризовали животъ. Послѣ этого здоровье ея значительно улучшилось и она вернулась домой, гдѣ около полугода чувствовала себя сносно, но затѣмъ сразу, безъ видимой причины, состояніе ея здоровья значительно ухудшилось. Съ тѣхъ поръ животъ, особенно въ нижней части, и поясница стали болѣть безпрерывно, а не только во время регулъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ у нея появились сердцебіенія, одышка, общая слабость, отсутствіе аппетита, сильные запоры и частые обмороки.

Съ такими жалобами она вторично поступила въ клинику, 26 февраля 1889 года, гдѣ при изслѣдованіи было найдено: входъ во влагалище узокъ, hymen, въ видѣ очень узкой каемки, имѣетъ нѣсколько надрывовъ. Шейка матки конической формы, увеличена, наружный зѣвъ, въ видѣ круглаго вдавленія, смотритъ впередъ. Тѣло матки въ заднемъ сводѣ, составляетъ съ шейкой уголъ, открытый кзади, больше прямаго, оно увеличено и чувствительно, не редуцируется, хотя обладаетъ извѣстной степени подвижностью. Длина полости матки 9 снтм. Боковые своды не напряжены. Въ нихъ прощупываются опухоли величиною въ

грецкій орѣхъ, подвижныя, напоминающія по формѣ яичники, очень чувствительныя при давленіи. Діагнозъ: Retroflexio uteri. Metritis et oophoritis chronica.

Легкія и сердце не представляютъ измѣненій. Языкъ обложенъ, аппетитъ слабъ, наклонность къ запорамъ, часто смѣняющимся поносами съ болями во всемъ животѣ. Мочевые органы не представляютъ измѣненій. Моча нормальна. Безсонница. Нервная система въ очень раздраженномъ состояніи.—Такъ какъ примѣнявшееся мѣстное леченіе: согрѣвающіе компрессы, горячіе души, іодъ-кали—глицериновые тампоны и теплыя ванны не приносили ни малѣйшаго облегченія, то, считая всѣ болѣзненныя явленія зависящими отъ хроническаго воспаленія яичниковъ и перегиба матки взадъ, предложено было больной чревосѣченіе съ цѣлью двусторонней кастраціи и одновременной дополнительной фиксаціи матки къ передней брюшной стѣнкѣ, на что больная охотно согласилась. Лапаротомія произведена проф. Славянскимъ 16 марта 1889 года. Въ виду того, что оба яичника послѣ вскрытія живота, оказались хронически измѣненными, была произведена двусторонняя кастрація. Матка выведена изъ задняго дугласа и укрѣплена къ брюшной стѣнкѣ 3 лигатурами, по методу Leopold'a, безъ соскабливанія серозной оболочки матки. Брюшная рана зашита 3 фиксирующими матку, 5 глубокими и 3 поверхностными швами. Кровотеченіе при прокалываніи ткани матки было самое ничтожное. Операція продолжалась 45 минутъ.

Въ день послѣ операціи больная жаловалась на легкія боли въ области epigastrii, нѣсколько разъ была рвота, но температура тѣла, пульсъ и дыханіе были нормальны. На слѣдующій день боли стали сильнѣе, температура, пульсъ и дыханіе нормальны. Противъ боли назначено было вспрыскиваніе подъ кожу $^1/_6$ gr. morphii muriatici. Тѣ-же жалобы, но въ меньшей степени, были въ слѣдующіе 2 дня. На 5-й день послѣ операціи больная чувствовала себя удовлетворительно. Теченіе все время безлихорадочное. Maximum т-ры 37, 6°, на 4-й день послѣ операціи. Первые 2 дня моча была выпускаема катетеромъ, а затѣмъ больная мочилась сама, 3—4 раза въ сутки, безъ всякихъ непріятныхъ ощущеній. 26-го марта сняты 3 поверхностныхъ и 5 глубокихъ брюшныхъ швовъ. 29 марта удалены швы, фиксировавшіе матку. Брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ. 5-го апрѣля больная встала. Боли, безпокоившія ее до операціи, исчезли. При изслѣдованіи, произведенномъ 20 апрѣля, найдено: матка въ положеніи anteversio-flexio, немного подвижна. Своды нечувствительны при давленіи. Самочувствіе больной очень хорошее. Изслѣдованіе больной передъ выпиской, 16 мая 1889 года, дало тѣ же результаты, только

длина полости матки уменьшилась до 7 сант. Больная впродолженіи 3 слѣдующихъ мѣсяцевъ оставалась подъ наблюденіемъ. Матка все время лежала у передней брюшной стѣнки, была подвижна, безболѣзненна. Своды свободны. Самочувствіе отличное. Въ такомъ состояніи больная уѣхала въ Вильно. По моей просьбѣ 15 декабря 1890, т. е. черезъ 1 г. и 9 мѣсяцевъ послѣ операціи на мѣстѣ ея жительства изслѣдовалъ ее Д-ръ В. І. Лукашевичъ и сообщилъ, что матка лежитъ въ anteversio-flexio подвижна, не переводится въ состояніе retrovers'іи, и что г-жа Н. совершенно здорова.

(Случай этотъ также упомянутъ проф. Славянскимъ loc. cit [194]).

НАБЛЮДЕНІЕ III.

П. Т., 30 лѣтъ отъ роду, уроженка Кубанской области, фельдшерица, начала менструировать на 14-мъ году жизни. Типъ менструацій черезъ 4 недѣли, по 5—6 дней, безболѣзненныя и довольно обильныя. Начало половой жизни на 22-мъ году. Т. поступила въ клинику 21 ноября 1889 г. съ жалобами на сильныя боли въ поясницѣ, лѣвой паховой области и лѣвой ягодицѣ, которыя распространяются и по лѣвой нижней конечности.

Изъ разспросовъ больной выяснилось, что лѣтъ 8 тому назадъ, вскорѣ послѣ выкидыша на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, она стала чувствовать боли въ поясницѣ, въ лѣвой паховой области и лѣвой ягодицѣ, которыя затѣмъ усилились. Особенно рѣзкія боли бывали во время регулъ, при чемъ эти послѣднія стали болѣе обильными и продолжительными. Лечилась она горячими душами, мушками, безъ видимаго улучшенія. Но въ это же время вниманіе больной было отвлечено новою болѣзнью: она заболѣла лѣвостороннимъ плевритомъ. Она отправилась въ Москву и тамъ пролежала около 3 мѣсяцевъ въ Ново-Екатерининской больницѣ. Вылечившись отъ плеврита, она вернулась на родину, гдѣ снова стала лечиться отъ своей женской болѣзни, такъ какъ боли въ поясницѣ, лѣвой паховой области и лѣвой ягодицѣ не прекращались. Въ 1887 г. больная опять отправилась въ Москву, гдѣ обратилась за совѣтомъ къ проф. В. Ф. Снегиреву, который, найдя у нея Retroflexio mobilis и испробовавъ напрасно нѣсколько пессаріевъ, которыхъ больная не могла переносить, сдѣлалъ ей операцію Alquié-Alexander'а, при чемъ, по словамъ больной, была укорочена лишь одна лѣвая связка, такъ какъ правой нельзя было отыскать. Послѣ этой операціи больная чувствовала значительное улучшеніе впродолженіи 3-хъ мѣсяцевъ, но затѣмъ боли возобновились съ прежнею силою, а спина даже стала болѣть сильнѣе. Во время этой

болѣзни Т. сильно похудѣла, стала очень раздражительной, нервной, неспособной ни къ какому занятію. Постоянно страдаетъ запорами, которые изрѣдка смѣняются поносами съ ощущеніемъ тяжести и болью въ кишкахъ. Подчасъ изъ rectum выходятъ гнойныя и кровянистыя выдѣленія. Часто страдаетъ сильными головными болями.

Объективное изслѣдованіе дало слѣдующее: брюнетка, высокаго роста, слабаго тѣлосложенія и питанія, анемичная. Органы кровообращенія и дыханія нормальны. Аппетитъ плохой, языкъ слегка обложенъ, метеоризма нѣтъ. Состояніе нервной системы, равно какъ и психика, не вполнѣ нормальны. Сонъ плохой, душевное настроеніе подавленное. Больная легко раздражается, по всякому ничтожному поводу плачетъ, считаетъ себя неизлечимо больной и ни къ чему не пригодной. Невральгія въ области n. trigemini, также боль въ лѣвой нижней конечности, по ходу n. ischiadici. Моча не содержитъ ненормальныхъ примѣсей и осадковъ.

При ощупываніи живота, въ области hypogastrii, съ правой стороны, въ стоячемъ положеніи больной, прощупывается подвижное, ускользающее при давленіи и болѣзненное тѣло, напоминающее по формѣ почку (правосторонняя блуждающая почка). Съ обѣихъ сторонъ лоннаго соединенія на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ наружному отверстію паховыхъ каналовъ, находятся рубцы отъ бывшей операціи Alexander'a.

Наружные половые органы и влагалище нормальны. Тѣло матки въ заднемъ сводѣ, образуетъ съ шейкою уголъ, открытый кзади. Матка увеличена въ объемѣ, консистенціи плотнѣе нормальной, легко и вполнѣ вправима. Длина полости матки 9,5 снтм. Шейка матки отклонена нѣсколько впередъ къ симфизу. Въ лѣвомъ сводѣ, сбоку матки прощупывается опухоль величиною въ небольшое яблоко, плохо контурируемая и при давленіи болѣзненная. Правый сводъ свободенъ. Діагнозъ: Retroflexio uteri mobilis. Metritis chronica et perimetritis lateralis sinistra.

Въ виду нервной раздражительности больной и ея плохого питанія ей назначены бромистые препараты и мышьякъ, а противъ периметритическаго эксудата горячіе души, іодъ-кали-глицериновые тампоны и теплыя ванны въ 30° R, вслѣдствіе чего эксудатъ въ лѣвомъ сводѣ почти исчезъ. Въ виду того, что операція укороченія круглыхъ связокъ не достигла цѣли, больной предложена была Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis, при чемъ предположено было, въ случаѣ если лѣвый яичникъ окажется измѣненнымъ, удалить его. Чревосѣченіе произведено было пр. Славянскимъ 2 Декабря 1889 г. обычнымъ образомъ. Матка пришита 2 лигатурами, по способу Leopold'a, безъ соскабливанія брюшины матки.

Кровотеченіе при операціи было незначительное. Операція продолжалась 20 минутъ. Въ день операціи больная жаловалась на сильную боль въ животѣ. На животъ положенъ пузырь со льдомъ. Къ вечеру боли уменьшились, ночью больная спала, но часто просыпалась. Два раза была рвота. Въ слѣдующій день боли значительно уменьшились. Затѣмъ въ теченіи недѣли, при нормальной температурѣ тѣла, нормальномъ пульсѣ и дыханіи, причемъ max. т-ры было 37,5^0, на 3-й день послѣ операціи, больная жаловалась только на легкія боли въ спинѣ, но въ общемъ чувствовала себя хорошо. Съ 6 по 11 декабря у нея были регулы, сопровождавшіяся самою незначительною болью, которая, по словамъ больной, не можетъ быть даже сравниваема съ болью во время регулъ, бывшею до операціи. На 10-й день послѣ операціи сняты брюшные швы, а на 14-й фиксировавшіе матку швы. Брюшная рана на всемъ протяженіи зажила первымъ натяженіемъ. Въ первые 2 дня послѣ операціи моча была выпускаема катетеромъ, съ 3-го же дня больная мочится хорошо сама. 22 декабря больной позволено встать съ постели. Боли въ поясницѣ, нижней части живота, въ нижнихъ конечностяхъ значительно уменьшились, но не исчезли совершенно. 20 января 1890 года больная была изслѣдована, при чемъ оказалось: матка въ anteversio-flexio, фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ, безболѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ незначительная припухлость и чувствительность при давленіи.

Больная оставалась въ клиникѣ до 22 марта 1890 г. Боли, на которыя она прежде жаловалась, почти совершенно исчезли, нервная же раздражительность и подавленное психическое состояніе остались in statu quo. Изслѣдованіе, произведенное 22 марта, дало тѣже результаты, только матка сдѣлалась болѣе подвижною, уменьшилась въ длинникѣ до 8 сант. и припухлость и чувствительность лѣваго свода исчезла. 23 марта 1890 года больная уѣхала къ себѣ на родину.

Въ ноябрѣ 1890 года я получилъ письмо отъ больной, въ которомъ она пишетъ: «послѣ пріѣзда изъ С.-Петербурга я постепенно стала поправляться, боли уменьшились, регулы ходили, какъ слѣдуетъ, ѣсть и спать я стала порядочно, однимъ словомъ мнѣ стало весело и захотѣлось жить по человѣчески. Такъ продолжалось до августа, пока я кое-какъ избѣгала тяжелой работы, но какъ только, по необходимости, я стала поднимать тяжести, стала опять чувствовать боли въ животѣ, въ ногахъ и во всей спинѣ, а главное стали меня мучить головныя боли». Въ концѣ декабря 1890 года, т. е. болѣе чѣмъ черезъ годъ послѣ операціи, больная, по моей просьбѣ, отправилась въ г. Екатеринодаръ къ д-ру Миловидову, который при изслѣдованіи нашелъ: матка дномъ лежитъ надъ лобкомъ,

шейка обращена взадъ. Матка увеличена, плотна. Лѣвый яичникъ не представляетъ измѣненій, правый какъ будто-бы немного увеличенъ. Дно матки не удается сдвинуть взадъ. Сильный катарръ кишекъ. Стулъ, не вызываемый искусственно, задерживается до 15—20 дней.

По всей вѣроятности въ данномъ случаѣ оставшіяся болѣзненныя явленія зависятъ отъ катарра кишекъ, а можетъ быть и отъ блуждающей почки. Дальнѣйшихъ извѣстій мы пока отъ больной не имѣемъ.

НАБЛЮДЕНІЕ IV.

М. М. дворянка 26 лѣтъ отъ роду, уроженка ярославской губерніи, поступила въ клинику 2 октября 1890 года съ жалобами на сильныя рѣжущія и колющія боли въ нижней части живота, особенно въ лѣвой половинѣ ея, отдающія въ крестецъ и въ нижнія конечности. Боли особенно сильны въ сидячемъ и лежачемъ положеніи, нѣсколько меньше при ходьбѣ и почти совсѣмъ исчезаютъ при лежаніи ничкомъ.

Изъ разспросовь больной выяснилось, что она вышла замужъ 16 лѣтъ. До замужества больная перенесла брюшной тифъ, а вслѣдъ за тѣмъ, спустя 2 мѣсяца, сыпной. Первыя регулы получила на 13-мъ году жизни; онѣ скоро установились и приходили черезъ 3—4 недѣли, продолжаясь по 2—3 дня; онѣ были безболѣзненны и необильны. Со времени замужества, на 16-мъ году, продолжительность регулъ увеличилась до 5 дней, но онѣ приходили въ правильные промежутки времени и также были безболѣзненны. Рожала она 6 разъ и кромѣ того у нея было 2 выкидыша, на 5-мъ и на 2-мъ мѣсяцѣ. Первые роды были въ концѣ перваго года замужества, совершенно правильные. Ребенокъ живъ до сихъ поръ. Чрезъ 3 мѣсяца послѣ этихъ родовъ больная опять забеременѣла и родила въ срокъ живаго ребенка; 4 мѣсяца спустя больная снова забеременѣла и родила въ срокъ. Затѣмъ въ продолженіи 3 слѣдующихъ лѣтъ больная еще 3 раза рожала и при пятыхъ родахъ было приращеніе дѣтскаго мѣста, потребовавшее искусственнаго ручного его отдѣленія. Вскорѣ послѣ четвертыхъ родовъ, у больной явились боли внизу живота и пояснице, заставившія ее обратиться къ врачу; послѣдній опредѣлилъ у нея перегибъ матки взадъ и вставилъ кольцо. Больная носила пессарій довольно долго, иногда на время его удаляя. Съ того-же времени регулы стали очень обильными и болѣзненными, такъ что

больная за 2 дня передъ каждыми регулами ложилась въ кровать, такъ какъ не могла переносить ихъ на ходу. Черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ 5-хъ родовъ у больной былъ выкидышъ $4^1/_2$ мѣсяцевъ, при чемъ все время беременности регулы не прекращались, а затѣмъ на 8-мъ году замужества родила восьмимѣсячнаго ребенка. Послѣ этого съ полгода чувствовала себя сносно, именно до конца мая 1889 года, когда у нея начались метроррагіи, являясь черезъ 1—2 дня и продолжаясь сутки, двое. Эти кровотеченія продолжались до конца іюля. Въ концѣ іюля открылось сильное кровотеченіе со схваткообразными болями внизу живота, продолжавшееся около 2 недѣль. Приглашенный врачъ выдѣлилъ изъ матки 2-хъ мѣсячный выкидышъ, но кровотеченія послѣ этого не исчезли, хотя и значительно уменьшились. Это заставило больную въ январѣ 1890 года пріѣхать въ С.-Петербургъ и поступить въ клинику, гдѣ подтверждено было существованіе перегиба матки взадъ и опредѣленъ Endometritis haemorrhagica. Вслѣдствіе этого ей произведено было проф. Славянскимъ 13 февраля 1890 г. выскабливаніе обильныхъ фунгозныхъ разращеній слизистой оболочки матки, а, 2 недѣли спустя, вставленъ пессарій Hodge. Послѣ операціи кровотеченія прекратились, но боли остались и заставили больную въ настоящее время вторично поступить въ клинику. Изъ дальнѣйшихъ разспросовъ больной оказалось, что послѣ 5-хъ родовъ у нея появились бѣли, которыя продолжаютъ выдѣляться съ нѣкоторыми перерывами до настоящаго времени. Бѣли были бѣлы, иногда желтовато-бѣлы, не тягучи, безъ запаха. Иногда онѣ исчезали, что обыкновенно бывало вскорѣ послѣ родовъ, тогда какъ къ концу беременности обыкновенно онѣ усиливались. Кромѣ того больная высказала такую жалобу: временами у нея, безъ всякой причины, являются частые позывы къ мочеиспусканію, боль при этомъ актѣ, особенно въ концѣ его, и чувство какъ-бы не оконченности его.

Объективное изслѣдованіе: блондинка, средняго роста, немного анемичная. Легкія и сердце здоровы. Языкъ слегка обложенъ, аппетитъ слабъ, запоры. Животъ не вздутъ. Моча не содержитъ ненормальныхъ составныхъ частей. Наружные половые органы не представляютъ измѣненій, также и влагалище. Port. vaginal. uteri придвинута къ задней поверхности лоннаго соединенія, смотритъ впередъ. Въ заднемъ сводѣ прощупывается плотное, болѣзненное при надавливаніи, тѣло круглой формы, служащее непосредственнымъ продолженіемъ шейки и образующее съ нею уголъ, открытый кзади. Оно легко выводится впередъ. Длина полости редуцированной матки 9 сант. Правый сводъ свободенъ. Въ немъ прощупывается нормальной величины и консистенціи яичникъ. Въ лѣвомъ сводѣ опухоль, величиною въ грецкій орѣхъ, элас-

тической консистенціи, очень болѣзненная при давленіи, подвижная и отдѣленная отъ матки бороздкой. Лѣвый яичникъ прощупывается отдѣльно отъ опухоли. Діагнозъ: Retroflexio uteri mobilis. Metritis et endometritis chronica. Cystoma lig. lati sinistri.

Въ виду кисты широкой связки, которая сама по себѣ требовала чревосѣченія, больной предложена лапаротомія съ цѣлью удаленія кисты, а также дополнительнаго пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ, съ цѣлью радикально излечить перегибъ матки взадъ, тѣмъ болѣе, что примѣняемый впродолженіи 4 лѣтъ, съ небольшими перерывами, пессарій не принесъ никакой пользы въ ортопедическомъ смыслѣ.

Операція произведена проф. Славянскимъ 11 октября 1890 г.; по вскрытіи брюшной полости оказалась киста paroophoron, которая, вмѣстѣ съ лѣвымъ яичникомъ, была удалена. Матка пришита 2 лигатурами, по методу Czerny. Брюшная рана закрыта 8 глубокими и 5 поверхностными швами. Кровотеченіе при операціи было ничтожное. Операція продолжалась 35 минутъ и прошла безъ всякихъ осложненій.

Послѣопераціонный періодъ протекъ у больной безлихорадочно. Въ первые дни больная жаловалась только на чувство жженія въ ранѣ, боль въ лѣвой половинѣ нижней части живота и небольшую головную боль. Съ перваго же дня послѣ операціи больная мочится сама, безъ всякихъ непріятныхъ явленій. При такомъ состояніи больной, 13 октября у нея открылись регулы, наступившія 3 днями раньше срока, ожидаемаго больной, и длились 4 дня, при чемъ количество потерянной крови, по словамъ ея, было гораздо меньше, чѣмъ это бывало обыкновенно. Съ прекращеніемъ регулъ исчезли всѣ боли. 21 октября у больной сняты съ раны швы, при чемъ рана зажила первымъ натяженіемъ, за исключеніемъ нижняго угла, гдѣ была гранулирующая поверхность, величиною въ гривенникъ, отдѣлявшая небольшое количество гноя. Эта язвенная поверхность вскорѣ зарубцевалась.

30 октября больная встала съ постели, а 3 ноября у нея открылись опять регулы, т. е. черезъ промежутокъ времени равный тому, какъ это было у больной за послѣдніе годы, но на этотъ разъ менструація отличалась полнымъ отсутствіемъ какихъ-либо болѣзненныхъ явленій, такъ что появленіе крови на бѣльѣ было полною неожиданностью для больной. Общее самочувствіе очень хорошее. Мочеиспусканіе, какъ она сама выражается, послѣ операціи у нея сдѣлалось легче: оно безболѣзненно, частыхъ позывовъ нѣтъ. 30 ноября больная выписалась. При выпискѣ изслѣдованіе дало: матка въ anteversio-flexio, плотна, безболѣзненна, уменьшилась въ длинникѣ до 8 сант. Она обладаетъ значительной подвижностью,

въ задній сводъ не переводится. Своды свободны. Такъ какъ больная переселилась изъ г. Рыбинска, гдѣ она жила раньше, въ С.-Петербургъ, то она постоянно находится подъ наблюденіемъ. Послѣднее изслѣдованіе 14 октября 1891 года, т. е. черезъ годъ послѣ операціи, дало тѣже разультаты.

НАБЛЮДЕНІЕ V-ое.

А. Г., дѣвица, мѣщанка 24 лѣтъ отъ роду, уроженка петербургской губерніи, по профессіи папиросница, поступила въ клинику 14 августа 1890 г., жалуясь на постоянную боль и чувство давленія внизу живота, боли въ поясницѣ, распространяющіяся на лѣвый бокъ, незначительныя бѣли, боль въ области желудка, чувство напора на прямую кишку, кромѣ того на постоянно чередующіеся запоры и поносы.

Менструировать больная начала на 18-мъ году. Регулы скоро установились, были правильнаго типа черезъ 3—4 недѣли, по 5—6 дней. Года полтора тому назадъ она захворала брюшнымъ тифомъ и во время этой болѣзни перестала менструировать на 4 мѣсяца. Затѣмъ она, не совсѣмъ еще оправившись отъ брюшнаго тифа, подъ вліяніемъ семейныхъ непріятностей, въ безсознательномъ состояніи упала и, придя въ себя, почувствовала неловкость и боль внизу живота и въ поясницѣ. Вмѣстѣ съ тѣмъ появилась значительная метроррагія. Съ этого времени регулы опять возстановились и приходятъ правильно черезъ 3—4 недѣли, продолжаясь по 3—4 дня, но боль и чувство давленія внизу живота не прошли и усиливаются до и во время кровей. Съ этихъ же поръ у больной появилась боль въ области желудка и начались неправильныя отправленія кишечника.

На придавая особаго значенія болямъ внизу живота, а главнымъ образомъ явленіямъ со стороны желудка, она, 4 мѣсяца тому назадъ, поступила въ терапевтическую клинику проф. Кошлакова, но примѣнявшееся тамъ леченіе осталось безуспѣшнымъ, вслѣдствіе чего больная была переведена въ гинекологическую клинику 14 августа 1890 г. съ вышеупомянутыми жалобами.

Больная брюнетка, съ достаточнымъ питаніемъ тѣла и значительно развитымъ подкожнымъ слоемъ. Легкія и сердце не представляютъ измѣненій. Животъ не вздутъ и неболѣзненъ при давленіи. Языкъ слегка обложенъ, аппетитъ отсутствуетъ. Моча не представляетъ отклоненій отъ нормы.

При гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: labia majora плотно соприкасаются, hymen annulare съ 2 задними незначительными надрывами, довольно растяжимъ, свободно и совершенно без-

болѣзненно пропускаетъ палецъ для изслѣдованія. Складки влагалища сглажены. Своды свободны. Port. vagin. небольшой величины, смотритъ впередъ и немного вверхъ, orific. extern. поперечноовальной формы. Тѣло матки въ заднемъ сводѣ, составляетъ съ шейкою уголъ, открытый взадъ. Матка совершенно подвижна, нормальной консистенціи, не велика, какъ у нерожавшей, легко и свободно выводится въ передній сводъ, но, предоставленная самой себѣ, опять западаетъ назадъ и остается въ положеніи перегиба взадъ. Тѣло матки обладаетъ значительной подвижностью относительно шейки. Длина полости матки 6 сант. Діагнозъ: Retroflexio uteri mobilis. Рефлекторный неврозъ пищеварительнаго аппарата, вызванный перегибомъ матки взадъ.

Съ самаго начала поступленія больной въ клинику ей дѣлались ежедневно дезинфецирующія рукавныя промыванія и примѣнено ортопедическое леченіе при помощи пессаріевъ сначала Hodge, а затѣмъ саннаго пессарія Schultze

Примѣняемое въ продолженіи 2-хъ мѣсяцевъ леченіе пессаріями не привело ни къ какимъ результатамъ: матка осталась въ положеніи перегиба взадъ. Она прекрасно выводилась въ передній сводъ, въ anteversio-flexio, оставаясь въ этомъ положеніи послѣ наложенія пессарія нѣкоторое время, но затѣмъ снова западала назадъ, оставаясь въ retroflexio, не смотря на лежащій во влагалищѣ пессарій, и вызывала прежнія жалобы больной.

Когда такимъ образомъ продолжительное леченіе пессаріями нисколько не улучшило состоянія больной, и весь симптомокомплексъ оставался in statu quo, рѣшено было приступить къ радикальному удержанію матки впереди посредствомъ чревосѣченія и Hysteropexia abdominalis anterior primaria, на что какъ сама больная, такъ и ея родители охотно согласились. Операція произведена была проф. Славянскимъ 14 октября 1890 года. Матка пришита 2 лигатурами по методу Czerny. Брюшная рана закрыта 8 глубокими и 4 поверхностными швами. Операція продолжалась 40 минутъ. Кровотеченіе во время операціи было ничтожное.

Въ день операціи больная жаловалась на сильныя боли на мѣстѣ раны, вслѣдствіе чего ей впрыснуто было подъ кожу $^{1}/_{6}$ gran. morphii muriatici, послѣ чего она уснула. На слѣдующій день она стала спокойнѣе. Рвота въ первые 2 дня появлялась довольно часто. Съ перваго же дня послѣ операціи мочится сама безъ всякихъ болѣзненныхъ явленій. Состояніе безлихорадочное. 16 октября боли на мѣстѣ раны незначительны, явился сонъ и аппетитъ Дальнѣйшее теченіе болѣзни вполнѣ удовлетворительное и безлихорадочное. Max. T-rae 37,6^{0}, на 3-й день послѣ операціи. 24 октября сняты брюшные швы. Рана зажила первымъ натяженіемъ, получился пра-

вильный линейный рубецъ. На 18-й день послѣ операціи больная встала съ постели. Желудокъ исправился: нѣтъ уже боли въ области его, появился хорошій аппетитъ; на запоры не жалуется. Регулы сдѣлались также совершенно безболѣзненными. Со стороны мочеваго пузыря нѣтъ никакихъ отклоненій отъ нормы.

При гинекологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ 14 ноября 1890 года, т. е. черезъ мѣсяцъ послѣ операціи, найдено: матка въ положеніи anteversio-flexio, нормальной величины и консистенціи, немного подвижна, дномъ фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ. Своды свободны и безболѣзненны.

Больная оставалась подъ наблюденіемъ въ клиникѣ по 27 февраля 1891 года, т. е. $4^1/_2$ мѣсяца послѣ операціи, чувствуя себя прекрасно. Подъ конецъ пребыванія въ клиникѣ у нея явился кашель, покалыванье въ груди, повышеніе температуры по вечерамъ, ночные поты. Изслѣдованіе обнаружило начинающійся туберкулезъ легкихъ. Въ мокротѣ найдены bacilli Kochi. Послѣ выписки изъ клиники туберкулезъ легкихъ сталъ прогрессировать и больная съ мая мѣсяца не покидала кровати.

Я имѣлъ возможность изслѣдовать ее 28 мая 1891 г., т. е. $7^1/_2$ мѣсяцевъ послѣ операціи, при чемъ оказалось: матка небольшая, атрофированная, въ переднемъ сводѣ, совершенно подвижна, но фиксирована тяжемъ къ передней брюшной стѣнкѣ. Своды свободны. Регулъ нѣтъ уже 2 мѣсяца. Сильное исхуданіе тѣла. Постоянная рвота и поносъ. Невозможность глотать. Сиплый голосъ. Изслѣдованіе грудной клѣтки показало вполнѣ развитой прогрессирующій туберкулезъ легкихъ. Температура по утрамъ больше 38° C, по вечерамъ больше 39° C.

Подъ вліяніемъ прогрессирующаго туберкулеза легкихъ больная, недѣли 4 послѣ моего изслѣдованія, умерла 22 іюля 1891 года, черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ операціи.

НАБЛЮДЕНІЕ VI.

А. Я., 25 лѣтъ отъ роду, незамужняя, крестьянка, горничная, родомъ тверской губерніи, начала менструировать на 15-мъ году. Регулы скоро установились и приходили черезъ 4 недѣли, продолжаясь по 4 – 5 дней. Половою жизнью начала жить на 17-мъ году. Рожала 3 раза въ срокъ. Первые роды были 7 лѣтъ т. н. Они, равно какъ и беременность, протекли совершенно правильно. Затѣмъ впродолженіи 4 слѣдующихъ лѣтъ она рожала еще 2 раза въ срокъ. Послѣдующіе роды и беременности, также какъ и первые, были правильны. 3 года т. н. она забеременѣла 4-й разъ. Беременность, безъ видимыхъ причинъ, окончилась выкидышемъ на

5-мъ мѣсяцѣ, вскорѣ послѣ чего и началась ея болѣзнь. Вначалѣ у нея явились знобы и лихорадка, потомъ появились боли въ поясницѣ и внизу живота, усиливавшіяся во время ходьбы и вообще отъ физическихъ напряженій, но особенно нестерпимыя боли появлялись при испражненіи. Кромѣ того больная указываетъ на колотье въ правомъ паху и ноющую боль при совокупленіи.

Больная все время была въ услуженіи, мало обращая вниманія на свою болѣзнь. 2 года т. н. у нея, во время работы при менструаціи, появилось маточное кровотеченіе, продолжавшееся 3 недѣли. Мѣсяцъ спустя, тоже во время регулъ, кровотеченіе возобновилось и продолжалось на этотъ разъ около 4 недѣль. Кровь оба раза шла сгустками, при чемъ кровотеченіе сопровождалось сильными схваткообразными болями въ животѣ и поясницѣ.

Послѣ этихъ 2 эпизодовъ болѣзнь снова приняла прежнее теченіе. Боли то ослабѣвали, то вновь усиливались, но все таки не лишали больную возможности работать, а лѣтомъ 1890 года она чувствовала даже значительное улучшеніе. Но за 8 недѣль до поступленія въ клинику больной пришлось исполнять тяжелую работу, вслѣдствіе чего боли значительно усилились и не утихали даже по ночамъ. Къ этому присоединился еще поносъ. Въ такомъ состояніи она обратилась за совѣтомъ въ клинику, куда и поступила 27 августа 1890 года.

Больная блондинка, умѣреннаго тѣлосложенія съ достаточно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, съ правильно развитыми костною и мышечною системой, анемичная. Легкія и сердце не представляютъ измѣненій, точно также органы пищеваренія, мочевые органы и нервная система. Температура тѣла нормальна.

При изслѣдованіи половыхъ органовъ найдено: наружныя части и стѣнки влагалища не представляютъ ничего ненормальнаго. Port. vagin. смѣщена значительно кпереди. Наружный зѣвъ, въ видѣ поперечной щели, смотритъ почти прямо впередъ. Тѣло матки прощупывается въ заднемъ сводѣ, причемъ переходъ его въ шейку образуетъ уголъ, открытый кзади. Матка значительно увеличена въ объемѣ, очень мало подвижна, особенно въ направленіи сзади напередъ, болѣзненна. Длина полости матки 11 снтм. Позади матки прощупывается нерѣзко контурируемая, плотная, бугристая, продолговатая опухоль, идущая въ косвенномъ направленіи сзади и слѣва впередъ и вправо, состоящая какъ-бы изъ 3 отдѣльныхъ бугровъ, величиною каждый не болѣе лѣснаго орѣха, очень болѣзненныхъ при ощупываніи. Такая-же бугристая болѣзненная опухоль, величиною въ небольшую грушу, прощупывается въ правомъ сводѣ и находится въ непосредственной связи съ опухолью, про-

щупываемой въ заднемъ сводѣ. Діагнозъ: Retroflexio uteri fixata. Periparametritis chronica.

Съ самаго дня поступленія больной въ клинику ей дѣлались ежедневно 2 раза въ день горячіе влагалищные души (36°—39°R) и во влагалище черезъ день вводились іодъ-кали-глицериновые, а затѣмъ ихтіолъ-глицериновые тампоны.

Подъ вліяніемъ такого лѣченія, бугристый tumor, находящійся въ заднемъ и правомъ сводахъ, сталъ постепенно уменьшаться и черезъ 2 мѣсяца опухоль исчезла почти совершенно, оставивъ послѣ себя въ заднемъ и правомъ сводахъ много плотныхъ и толстыхъ тяжей, фиксирующихъ матку къ rectum и задней и боковымъ стѣнкамъ таза. Вслѣдствіе оставшихся послѣ разсасыванія эксудата тяжей, общее состояніе больной и ея самочувствіе оставались тѣже. Она постоянно жаловалась на ноющую боль въ поясницѣ, которая сильно обострялась во время всякой менструаціи, продолжавшейся около 8—10 дней, при чемъ больная теряла очень много крови. Въ промежуткахъ между регулами стали появляться обильныя метроррагіи.

Такъ какъ занятія больной требовали быстрой и радикальной помощи, а на полное излеченіе путемъ примѣнявшагося до того леченія нельзя было надѣяться, то больной предложено было чревосѣченіе съ цѣлью разрушенія сращеній и фиксированія матки къ передней брюшной стѣнкѣ, на что больная охотно согласилась. Лапаротомія произведена была проф. Славянскимъ 28 ноября 1890 г. Брюшина вскрыта на протяженіи 4 поперечныхъ пальцевъ. Затѣмъ введенной въ брюшную полость рукою были разрушены сращенія, особенно сильно развитыя съ правой стороны дугласова пространства. Послѣ остановки незначительнаго кровотеченія изъ сращеній простымъ прижатіемъ и изслѣдованія придатковъ, которые оказались неизмѣненными, матка выведена изъ дугласова пространства и пришита 2 лигатурами, по методу Czerny. Кровотеченія при прокалываніи ткани матки не было. Операція продолжалась 20 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе совершенно правильное и безлихорадочное. Maximum T-rae 37,6°, на 3-ій день послѣ операціи. Мочится съ перваго же дня послѣ операціи сама. 8-го декабря сняты швы, закрывающіе брюшную рану, при чемъ оказалось, что рана зажила per primam и получился линейный и гладкій рубецъ.

Никакихъ разстройствъ со стороны мочеиспусканія нѣтъ. 16-го декабря больная встала съ постели. Самочувствіе у нея отличное: всѣ боли, безпокоившія ее до операціи, исчезли. Того же дня у больной открылись регулы, которыя были безболѣзненны и продол-

жалась 5 дней въ довольно обильномъ, но гораздо меньшемъ, чѣмъ до операціи, количествѣ.

При изслѣдованіи, 28 декабря 1890 г., найдено: матка въ положеніи anteversio-flexio, немного подвижна, фиксирована къ брюшной стѣнкѣ. Своды свободны и безболѣзненны.

Больная оставалась въ клиникѣ подъ наблюденіемъ по 16 февраля 1891 года.

Втеченіе этого времени у нея еще 2 раза были регулы безболѣзненныя, необильныя, продолжавшіяся по 4—5 дней.

Такъ какъ больная живетъ въ С.-Петербургѣ, то она постоянно находится подъ наблюденіемъ. Въ настоящее время она чувствуетъ себя прекрасно; никакихъ болѣзненныхъ явленій со стороны половыхъ органовъ нѣтъ. Метро и меноррагіи не возобновлялись. Регулы правильны и безболѣзненны.

Матка значительно уменьшилась въ объемѣ, длина полости=8 снтм, безболѣзненна, совершенно подвижна, въ anteversio, не можетъ быть переведена въ задній сводъ.

Послѣднее изслѣдованіе 30 августа 1891 года, т. е. черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операціи.

НАБЛЮДЕНІЕ VII.

А. П., жена подполковника, 27 лѣтъ, нерожавшая, уроженка орловской губерніи, поступила въ клинику 16 января 1891 года.

Замужъ вышла на 21-мъ году жизни. Занимается домашнимъ хозяйствомъ. Регулы появились у нея на 18-мъ году жизни и съ самаго начала появленія сопровождались сильными болевыми ощущеніями. Боли эти, то усиливаясь, то ослабѣвая, начинались обыкновенно въ крестцѣ и распространялись на бедра и на нижнюю часть живота. Продолжительность менструаціи не превышала никогда 1—2 дней. Количество выдѣлявшейся крови было невелико. Регулы появлялись обыкновенно черезъ 3-5 недѣль. Во время лѣтнихъ мѣсяцевъ крови прекращались и, съ прекращеніемъ ихъ, у больной появлялся отекъ общихъ покрововъ, продолжавшійся во все время ихъ отсутствія. Съ наступленіемъ же менструацій отекъ быстро исчезалъ. Послѣ замужества, на 21-мъ году, больная начала страдать вагинизмомъ. Ей была произведена hymenectomia, но вагинизмъ не исчезъ. Лѣтъ 7 тому назадъ страдала метритомъ. Лечилась горячими влагалищными душами (36°—39° R) и затѣмъ скарификаціями, Вскорѣ послѣ этого леченія пользовавшій ее врачъ, съ цѣлью излечить перегибъ матки назадъ, который у нея нашелъ, ввелъ ей во влагалище Hodge'вскій пессарій, послѣ предварительнаго вправленія матки. Но это не при-

вело ни къ какому результату, такъ какъ пессарій былъ скоро удаленъ, потому что причинялъ невыносимую боль. За послѣдніе 3 года у нея по временамъ появлялись бѣли, при чемъ одинъ разъ, впродолженіи 2-хъ недѣль, были очень сильныя, но прошли, благодаря примѣненному леченію.

Въ настоящее время жалобы больной слѣдующія: сильно-болѣзненное чувство тяжести внизу живота, тянущія боли, усиливающіяся во время ходьбы и распространяющіяся въ крестцѣ, усиленіе боли во время менструальнаго періода, неправильный типъ менструацій и изрѣдка появляющіяся бѣли, затѣмъ частая тошнота, рвота, частые и сильные запоры и боли въ области желудка, далѣе головныя боли и сердцебіеніе.

Объективное изслѣдованіе дало слѣдующія данныя: анемичная блондинка, малаго роста, слабаго тѣлосложенія съ плохо развитымъ подкожнымъ слоемъ. Кожа сухая, блѣдная. Мышечная система вялая, костная-же развита правильно. Слизистыя оболочки блѣдны. Грудная клѣтка правильной формы. Грудныя железы и соски развиты слабо. Въ верхушкѣ праваго легкаго незначительное притупленіе легочнаго звука. Сердце не представляетъ измѣненій. Животъ слегка вздутъ. Границы печени и селезенки нормальны. Запоръ, отсутствіе аппетита. Прощупывается лѣвая почка (ren sinister mobilis). Въ мочѣ ненормальныхъ составныхъ частей не найдено. Нервная система значительно возбуждена. Различныя разстройства со стороны сосудодвигательной системы.

При гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: тѣло матки невелико, плотной консистенціи, прощупывается въ заднемъ сводѣ и съ влагалищною частью, обращенной кпереди, образуетъ рѣзкій уголъ, открытый кзади. Матка мало подвижна, болѣзненна, слегка увеличена въ своемъ поперечникѣ; длина-же ея нормальна. Влагалищная часть конической формы. Боковые своды свободны, въ нихъ прощупываются нормальной величины яичники. Влагалище и наружныя части нормальны. Сильная болѣзненность при введеніи пальца во влагалище. Діагнозъ: Retroflexio uteri congenita. Metritis chronica.

Въ виду того, что матка, вслѣдствіе ограниченной ея подвижности, наводившей даже на подозрѣніе о существованіи сращеній, не поддавалась вправленію ручными пріемами, а также въ виду того, что вся примѣняемая раньше терапія не дала никакихъ результатовъ и что больная не переносила пессаріевъ, рѣшено было сдѣлать чревосѣченіе, вправить матку и фиксировать ее въ надлежащемъ положеніи посредствомъ пришиванія дна ея къ передней брюшной стѣнкѣ.

Операція произведена была проф. Славянскимъ 24 января 1891

года. По вскрытіи брюшной полости, матка оказалааь совершенно подвижной и легко вправимой. На задней стѣнкѣ матки замѣчена фиброміома, величиною съ горошину. Придатки оказались здоровыми. Матка выведена изъ дугласова пространства и пришита одною лигатурою, по методу Czerny. Брюшная рана зашита 8 глубокими и 6 поверхностными швами. Операція продолжалась 20 минутъ. Кровотеченіе во время операціи было самое незначительное.

Послѣоперaціонный періодъ протекъ прекрасно. Самочувствіе больной все время было хорошее: болей никакихъ почти не ощущала, спала также хорошо. Температура какъ утренняя, такъ и вечерняя ни разу не превышала нормы. Maxim. T-rae 37, 5^0 C., на 3-й день послѣ операціи. На 4-й день послѣ операціи появился аппетитъ. 2 февраля сняты швы, закрывающіе брюшную рану, которая зажила первымъ натяженіемъ. На 16-й день послѣ операціи больная встала съ постели и выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи накaнунѣ выписки оказалось: матка въ положеніи anteversio-flexio, немного подвижна, мало болѣзненна. Боковые своды свободны, въ нихъ прощупываются неувеличенные и нечувствительные яичники.

3 недѣли спустя послѣ выписки, больная явилась въ клинику, при чемъ гинекологическое изслѣдованіе показало тоже, что и при выпискѣ.

НАБЛЮДЕНІЕ VIII.

Е. К. мѣщанка, по занятію горничная, 30 лѣтъ отъ роду, уроженка минской губерніи, замужняя поступила въ клинику 10 января 1891 года.

Изъ разспросовъ больной оказалось: первыя регулы появились на 14-мъ году. Онѣ скоро установились. Типъ ихъ былъ черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, безболѣзненныя и необильныя. Замужъ вышла 19 лѣтъ. Первые роды были въ концѣ перваго года замужества, срочные и правильные. Ребенокъ родился живымъ. Черезъ годъ она овдовѣла. Вторично вышла замужъ на 28 году и вскорѣ забеременѣла. Беременность окончилась пятимѣсячнымъ выкидышемъ. Послѣ выкидыша у больной появились кровотеченія, продолжавшіяся 8 недѣль. Кровь шла въ обильномъ количествѣ, большею частью сгустками. Эти 8 недѣль больная провела въ постели. По прекращеніи кровотеченія, у нея появились бѣли и сильныя боли внизу живота, распространявшіяся на поясницу. Боли эти продолжаются до настоящаго времени, ожесточаясь во время менструацій и не за долго до ихъ появленія. Бѣли также продолжаются.

Онѣ не обильны, бѣловатаго цвѣта, тягучи, иногда немного кровянисты. Въ то-же время больная стала замѣчать неправильности регулъ. Онѣ появляются не черезъ 4 недѣли, какъ было прежде, а черезъ 2—3 недѣли, и продолжаются по 7—8 дней, сопровождаясь, какъ мы уже говорили, сильными болями внизу живота и въ поясницѣ. Крови обильны, идутъ сгустками.

Разстройство менструацій, бѣли, а главнымъ образомъ сильныя боли, заставили больную обратиться за врачебною помощью въ амбулаторію клиники проф. Славянскаго. У нея найденъ былъ перегибъ взадъ хронически воспаленной матки. Назначены горячіе влагалищные души (36°—39° R°), которые она дѣлала съ перерывами нѣсколько мѣсяцевъ, но не получила никакого облегченія. Затѣмъ, впродолженіи 3 мѣсяцевъ, 3 раза въ недѣлю ей вставлялись іодъ-кали-глицериновые тампоны и дѣлались скарификаціи, также безъ всякаго успѣха. Послѣ этого около 4 мѣсяцевъ она лечилась гинекологическимъ массажемъ, но также безъ видимаго результата. Кромѣ того ей нѣсколько разъ были примѣняемы различные влагалищные пессаріи, которыхъ больная никакъ не могла переносить, потому что они вызывали у нея нестерпимыя боли.

Безрезультатность амбулаторнаго леченія заставила больную лечь въ клинику, куда она поступила 10 января 1891 года, съ вышеприведенными жалобами.

Блондинка, высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, анемичная. Легкія и сердце здоровы. Языкъ чистъ, влаженъ. Животъ не вздутъ; давленіе на него безболѣзненно Аппетитъ умѣренный. Частые запоры. Печень и селезенка нормальны. Правая почка прощупывается. Она немного увеличена (Ren dexter mobilis). Моча не содержитъ ненормальныхъ составныхъ частей. Мочеиспусканіе правильно.

При гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: наружныя части и влагалище не представляютъ ничего ненормальнаго. Port. vagin. uteri обращена кпереди, плотна, съ незначительными двусторонними разрывами. Наружный зѣвъ пріоткрытъ. Въ заднемъ сводѣ прощупывается плотное, болѣзненное при давленіи тѣло, служащее непосредственнымъ продолженіемъ влагалищной части матки и лежащее, по отношенію къ ней, подъ угломъ, открытымъ кзади. Подвижность матки нѣсколько ограничена: ее съ трудомъ удается вывести въ передній сводъ, и, стоитъ только отнять удерживающій ее въ этомъ положеніи палецъ, и матка тотчасъ же возвращается въ свое прежнее положеніе. Вправленіе матки вызываетъ у больной сильную боль. Своды свободны. Въ нихъ прощупываются неувеличенные, немного чувствительные, совершенно под-

вижные яичники. Длина полости матки 10, 5 снтм. Діагнозъ Retroflexio uteri. Metritis chronica.

Такъ какъ продолжительное леченіе метрита и перегиба матки взадъ не дало никакихъ результатовъ, а состояніе больной требовало радикальной помощи, то ей и предложена была hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis, которая и была произведена проф. Славянскимъ 30 января 1891 года. Послѣ вскрытія брюшной полости придатки оказались здоровыми и матка совершенно подвижной. Она выведена въ передній сводъ и пришита 2 лигатурами, по способу Czerny. Кровотеченіе во время операціи было незначительное. Вся операція продолжалась 20 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безлихорадочно. Первые дни больная жаловалась на боли въ ранѣ и въ лѣвой сторонѣ грудной клѣтки. На тошноту больная жаловалась очень мало, рвоты не было ни разу. Maxim. т-ры было 37, 6° С, на 4-й день послѣ операціи. Мочится больная сама съ перваго же дня послѣ операціи.

Брюшные швы сняты 9 февраля, при чемъ оказалось, что вся рана зажила per primam. Больная встала на 19-й день послѣ операціи, жалуясь на сильную слабость и незначительную боль въ поясницѣ.

При изслѣдованіи, произведенномъ 19 февраля, оказалось: матка въ положеніи anteversio-flexio, немного болѣзненна, увеличена, мало подвижна, прилежитъ дномъ къ брюшной стѣнкѣ. Своды свободны и безболѣзненны. Никакихъ жалобъ со стороны мочеиспусканія нѣтъ.

Больная до 23 марта 1891 года оставалась въ клиникѣ подъ наблюденіемъ. Она постепенно стала поправляться, всѣ боли исчезли. Крови стали приходить черезъ 4 недѣли и продолжительность ихъ уменьшилась до 5 дней. Дисменоррея исчезла. Матка уменьшилась въ объемѣ до 9 снтм. Черезъ нѣсколько недѣль послѣ выписки изъ клиники больная явилась, жалуясь, что у нея, какъ только начала тяжело работать, появились боли въ верхней части правой поясничной области. Изслѣдованіе половыхъ органовъ дало тѣже результаты, какъ и передъ выпиской. Больной назначенъ Боткинскій поясъ для правой почки и внутрь Lithium bromatum и Vichy—Grande-grille, послѣ чего боли въ поясницѣ вскорѣ исчезли и она стала вполнѣ здоровою женщиной.

Въ такомъ состояніи она уѣхала въ г. Минскъ.

По моей просьбѣ д-ръ Е. М. Эліесбергъ изслѣдовалъ ее 14 августа текущаго года, т. е. $6^1/_2$ мѣсяцевъ послѣ операціи, и нашелъ матку въ anteversio. Здорова, по отношенію къ половому

аппарату, но ослаблена вслѣдствіе перенесеннаго воспаленія легкихъ.

НАБЛЮДЕНІЕ IX.

А. А., крестьянка, кухарка, 32 лѣтъ отъ роду, уроженка петербургской губерніи, замужняя, поступила въ клинику 14 мая 1891 года.

Изъ разспросовъ больной оказалось: первыя крови получила на 14-мъ году. Онѣ скоро установились и приходили черезъ 3—4 недѣли, продолжаясь 3—4 дня, безболѣзненныя и необильныя. Замужъ вышла на 21-мъ году.

Вскорѣ послѣ замужества перенесла брюшной тифъ. На 4-мъ году замужества она впервые забеременѣла. Беременность, безъ видимой причины, кончилась выкидышемъ на 8 недѣлѣ, при чемъ кровь шла сгустками, со схваткобразными болями внизу живота и въ поясницѣ, впродолженіи 2 недѣль. Тотчасъ же по прекращеніи кровотеченія у больной появилось лихорадочное состояніе и сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ, отдающія въ пахи, усилившіяся во время движеній и особенно во время дефекаціи. Больная около 2 недѣль пролежала въ постели. Лихорадочное состояніе исчезло и боли, мучившія ее, незначительно уменьшились и, въ силу неблагопріятныхъ условій жизни, она должна была приняться за работу. Боль внизу живота и поясницѣ вскорѣ изъ острой сдѣлалась ноющей и продолжается по настоящее время, то усиливаясь, то ослабѣвая. Особенно сильна бываетъ боль до и во время регулъ, а также во время соитія, что сдѣлало невозможною дальнѣйшую супружескую жизнь. Кромѣ того со времени выкидыша, она кромѣ сильной болѣзненности во время кровей, замѣтила, что онѣ продолжаются всего одинъ день въ незначительномъ количествѣ, приходя чезъ 2—3 недѣли. Бѣлей во все теченіе болѣзни она не замѣчала.

Больная больше чѣмъ годъ послѣ выкидыша не лечилась, думая, что болѣзнь пройдетъ сама собою. Но такъ какъ состояніе ея не только нисколько не улучшалось, напротивъ даже ухудшилось, она обратилась за врачебною помощью. Сначала ей были назначены согрѣвающіе компрессы на низъ живота, наркотическія свѣчки и шарики. Затѣмъ впродолженіи 2-хъ лѣтъ, съ перерывами она дѣлала себѣ разъ въ сутки горячіе влагалищные души (35°—39°R). Далѣе, около полугода она 2 раза въ недѣлю дѣлала себѣ разсольныя ванны. Но все это леченіе не дало почти никакого улучшенія.

Полгода тому назадъ она лечилась нѣкоторое время (10—12 недѣль) 2 раза въ недѣлю гинекологическимъ массажемъ, но каждый

сеансъ вызывалъ у нея столь сильныя боли въ поясницѣ и внизу живота, что она цѣлый день послѣ массированія должна была оставаться въ постели, почему она и оставила его.

Впродолженіи послѣднихъ 7 лѣтъ со времени выкидыша, больная страдаетъ столь сильными запорами, что должна черезъ день принимать слабительное, или ставить себѣ клизму. Съ того же времени она сдѣлалась нервною, раздражительною и часто страдаетъ сильными головными болями, особенно во время регулъ.

Безрезультатность амбулаторнаго леченія заставила ее лечь въ клинику.

Status praesens: анемичная блондинка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія, съ плохо развитымъ подкожнымъ слоемъ. Кожа сухая, блѣдная. Мышечная система вялая, костная же развита нормально. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Сердце и легкія не представляютъ измѣненій. Животъ немного вздутъ. Языкъ чистъ, аппетитъ очень слабъ; постоянные запоры. Въ мочѣ ненормальныхъ составныхъ частей не найдено. Мочеиспусканіе правильно. Нервная система значительно возбуждена.

При гинекологическомъ изслѣдованіи оказалось: наружныя части и влагалище нормальны. Задняя спайка губъ сохранена. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, смотритъ впередъ. Наружный зѣвъ нерожавшій. Въ заднемъ сводѣ прощупывается тѣло матки, при чемъ ось тѣла съ осью шейки, повидимому, составляютъ одну прямую. Матка увеличена въ объемѣ, плотной консистенціи, очень болѣзненна, совершенно неподвижна. Длина полости матки 9 сттм. Позади матки прощупываются очень плотныя и широкія сращенія въ заднемъ сводѣ, а въ правомъ менѣе широкія, фиксирующія матку въ ея неправильномъ положеніи. Лѣвый сводъ свободенъ. Яичники не прощупываются. Прямая кишка и задній проходъ не представляютъ измѣненій. Діагнозъ: Retroversio uteri fixata. Metritis chronica.

Безуспѣшность примѣнявшагося леченія, фиксированное положеніе матки, сильныя боли, испытываемыя больной, дѣлающія ей жизнь въ тягость и ее неспособною ни къ какой работѣ и къ супружеской жизни, также невозможность съ точностью опредѣлить состояніе правостороннихъ придатковъ, служили полнымъ показаніемъ къ чревосѣченію для разрушенія околоматочныхъ сращеній, изслѣдованія придатковъ и, въ случаѣ, если бы они оказались измѣненными, удаленія ихъ и вмѣстѣ съ тѣмъ пришиванія матки къ брюшной стѣнкѣ. Больной была предложена операція, на что она и согласилась.

Лапаротомія произведена 29 мая 1891 года ассистентомъ клиники, д-ромъ А. Р. Фишеромъ. Брюшина вскрыта на протяженіи

4-хъ поперечныхъ пальцевъ. Затѣмъ введенною въ брюшную полость рукою были констатированы очень плотныя и широкія сращенія въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ и менѣе плотныя въ окружности правостороннихъ придатковъ; эти сращенія были разрушены пальцами. Кровотеченіе изъ разорванныхъ сращеній было ничтожное, и простое прижатіе остановило его. Яичники и трубы оказались неизмѣненными. Матка вправлена и пришита одною лигатурою, по способу Czerny. Изъ уколовъ на днѣ матки было незначительное капиллярное кровотеченіе, которое было остановлено прижатіемъ губкою на губкодержателѣ. Брюшная рана закрыта 8 глубокими и 6 поверхностными швами. Операція протекла безъ всякихъ осложненій и продолжалась 40 минутъ.

Послѣоперaціонный періодъ правиленъ, безлихорадоченъ. Max. T-rae 37,6^{0}, на 2-ой день послѣ операціи. Мочилась съ перваго же дня послѣ операціи сама. На 4-й день послѣ операціи у больной, первый разъ со времени выкидыша, явились безъ всякой боли регулы, продолжавшіяся 2 дня въ необильномъ количествѣ. На 5-й день послѣ операціи у больной явился хорошій аппетитъ и отличное самочувствіе. 8 іюня удалены брюшные швы, при чемъ оказалось, что рана зажила первымъ натяженіемъ. 14 іюня больная встала съ постели, чувствуя себя прекрасно. Всѣ боли исчезли. При изслѣдованія черезъ 18 дней послѣ операціи найдено: матка въ переднемъ сводѣ, въ anteversio-flexio, немного подвижна, безболѣзненна. Боковые своды свободны и безболѣзненны. Въ заднемъ сводѣ, на мѣстѣ разрушенныхъ сращеній, незначительная разлитая инфильтрація. Больная оставалась въ клиникѣ до 30 іюня 1890, чувствуя себя очень хорошо. Запоры исчезли, аппетитъ хорошъ. Разстройствъ со стороны мочеиспусканія нѣтъ.

Изслѣдованіе передъ выпиской дало тѣже результаты.

Такъ какъ больная живетъ въ С.-Петербургѣ, то она постоянно находится подъ наблюденіемъ. Болѣзненныя явленія у нея не возвращались. Инфильтрація въ заднемъ сводѣ мало по малу исчезла. Матка сократилась до 8 сантм. и лежитъ дномъ надъ лобкомъ; фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ. Запоровъ нѣтъ.

Послѣднее изслѣдованіе 14 сентября 1891 года, т. е. черезъ 3½ мѣсяца послѣ операціи.

НАБЛЮДЕНІЕ X.

М. З., крестьянка, жена слесаря, 28 лѣтъ отъ роду, уроженка г. С.-Петербурга, поступила въ клинику 21 іюня 1891 года съ жалобами на сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ, усиливающіяся особенно во время регулъ и при физическихъ напряженіяхъ. Боли эти настолько интензивны, что дѣлаютъ ее неспособною ни къ какому труду.

Кромѣ того она жалуется на сильные запоры.

Изъ разспросовъ больной выяснилось: менструировать начала на 15-омъ году. Регулы скоро установились и приходили правильно, черезъ 3—4 недѣли, продолжаясь по 5—6 дней, безболѣзненныя и довольно обильныя. Замужъ вышла 20 лѣтъ. Вскорѣ послѣ замужества она забеременѣла. Беременность, протекавшая сначала правильно, кончилась выкидышемъ на 6-мъ мѣсяцѣ, вслѣдствіе паденія съ лѣстницы. 9 мѣсяцевъ спустя послѣ этого выкидыша больная забеременѣла вторично. Эта вторая беременность кончилась выкидышемъ на 5-мъ мѣсяцѣ, 6 лѣтъ т. н. безъ всякой причины.

Болѣзнь ея началась, вскорѣ послѣ втораго выкидыша, незначительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, болью внизу живота и въ поясницѣ, усиливающеюся особенно при физическихъ напряженіяхъ. Лихорадочное состояніе скоро исчезло, но боли внизу живота и въ поясницѣ, то уменьшаясь, то снова усиливаясь, продолжаются по настоящее время. Боли эти сильно ослабили ее и сдѣлали очень раздражительной. Съ того же времени у нея бѣли, сильные запоры, а также невральгіи 5-ой пары, въ особенности праваго n. Supraorbitalis. Съ тѣхъ же поръ регулы сдѣлались болѣзненными и уменьшились замѣтно въ количествѣ. Онѣ приходятъ черезъ 3—4 недѣли, продолжаясь всего 1—2 дня, въ очень незначительномъ количествѣ. 4 года т. н. больная впродолженіи 2-хъ мѣсяцевъ страдала сочленовнымъ ревматизмомъ, который, послѣ соотвѣтственнаго леченія и перемѣны квартиры, исчезъ безслѣдно и безвозвратно, а впродолженіи послѣдняго года у нея 2 раза были маточныя кровотеченія, изъ которыхъ каждое продолжалось около 4-хъ недѣль, хотя крови при этомъ отдѣлялось не особенно много.

Больная вскорѣ послѣ выкидыша начала лечиться внутренними средствами, вяжущими влагалищными спринцеваніями и теплыми ваннами, но такъ какъ это лѣченіе приносило ей очень незначительное облегченіе, да къ тому же у нея появились метроррагіи, то годъ т. н. она обратилась за совѣтомъ въ клинику.

При гинекологическомъ изслѣдованіи у нея найдено было: Retroflexio utera. fixata. Perimetritis chronica.

Ей назначены были горячіе влагалищные души (36°—39° R), іодъ-кали-глицериновые, а затѣмъ ихтіолъ-глицериновые тампоны, которые она употребляла, съ незначительными перерывами, около 4-хъ мѣсяцевъ подрядъ.

Подъ вліяніемъ такого леченія, периметритическій эксудатъ совершенно всосался къ концу 1890 года, и въ обоихъ сводахъ можно было прощупать плотныя сращенія, идущія отъ матки къ боковымъ стѣнкамъ таза. Сращенія въ заднемъ сводѣ, фиксировавшія матку въ неправильномъ положеніи, также остались.

Въ началѣ января текущаго года приступлено къ леченію гинекологическимъ массажемъ, которое продолжалось до конца апрѣля безъ видимаго улучшенія какъ субъективныхъ, такъ и объективныхъ данныхъ: матка оставалась по прежнему въ состояніи фиксированнаго перегиба взадъ и сильныя боли не прекращались. Въ виду этого больной предложено чревосѣченіе съ цѣлью разрушенія околоматочныхъ сращеній и пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ. Больная охотно согласилась на операцію и была принята въ клинику 21 іюня 1891 года.

Status praesens: брюнетка, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, съ достаточно развитымъ подкожнымъ слоемъ и нѣсколько анемичными слизистыми оболочками. Легкія и сердце не представляютъ измѣненій. Языкъ чистъ и влаженъ, животъ не вздутъ, давленіе на него безболѣзненно. Печень и селезенка не представляютъ измѣненій. Моча не содержитъ ненормальныхъ составныхъ частей. Мочеиспусканіе правильно. Сонъ плохой, психика угнетена.

Гинекологическое изслѣдованіе показало: влагалище и наружныя части не представляютъ измѣненій. Port. vagin. смотритъ впередъ. Тѣло матки въ заднемъ сводѣ, образуетъ съ шейкою уголъ, открытый кзади. Оно неподвижно, не редуцируется, фиксировано къ прямой кишкѣ и къ задней стѣнкѣ таза многочисленными крѣпкими спайками, увеличено и безболѣзненно при ощупываніи, плотной консистенціи. Длина полости матки 10, 5 сантм. Въ обоихъ боковыхъ сводахъ прощупываются периметритическіе тяжи, идущіе отъ матки къ боковымъ стѣнкамъ таза. Яичники и трубы не прощупываются. Діагнозъ: Retroflexio uteri fixata. Metritis chronica. Residua perimetritidis.

Операція произведена д-ромъ А. Р. Фишеромъ 24 іюня 1891 года. Брюшина вскрыта на протяженіи 4-хъ поперечныхъ пальцевъ. При введеніи пальцевъ въ полость таза, операторъ могъ констатировать, что увеличенная и ретрофлектированная матка, оба яичника и трубы окружены множествомъ плотныхъ ложныхъ

перепонокъ, которыя фиксируютъ матку къ передней поверхности recti и къ задней стѣнкѣ таза, а придатки къ боковымъ стѣнкамъ таза. Эти сращенія были отчасти раздѣлены пальцами, отчасти перерѣзаны ножницами. Кровотеченіе изъ раздѣленныхъ сращеній было самое незначительное. Яичники и трубы оказались безъ видимыхъ измѣненій. Матка выведена изъ задняго дугласова пространства и пришита къ передней брюшной стѣнкѣ одною лигатурою, по методу Czerny. Брюшная рана зашита 7 глубокими и 5 поверхностными швами. Кровотеченіе во время операціи было незначительное. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣоперапіонный періодъ протекъ вполнѣ нормально и безлихорадочно. Max. T-rae было 37, 8° С, вечеромъ 3-го дня послѣ операціи. Мочится съ перваго же дня послѣ операціи сама безъ всякой боли. На 6-й день послѣ операціи у больной открылись регулы, продолжавшіяся безъ всякой боли 3 дня, въ довольно обильномъ количествѣ. На 10-й день послѣ операціи сняты брюшные швы. Рана почти на всемъ протяженіи зажила per primam. На мѣстѣ самаго нижняго глубокаго шва незначительное нагноеніе, продолжавшееся 6 дней. Больная встала съ постели 10 іюля. Всѣ боли, которыя она испытывала до операціи, исчезли. 15 іюля она выписалась изъ клиники, причемъ при изслѣдованіи найдено: матка въ anteversio, плотно прилежитъ къ брюшной стѣнкѣ. Своды свободны и безболѣзненны.

Дальнѣйшее наблюденіе надъ больной показало слѣдующее: она чувствуетъ себя прекрасно; никакихъ разстройствъ со стороны мочевыхъ и половыхъ органовъ нѣтъ; аппетитъ хорошъ, запоровъ нѣтъ; невральгія исчезла. Регулы безболѣзненны, продолжаются 3—4 дня. Матка лежитъ въ anteversio-flexio у передней брюшной стѣнки, подвижна, безболѣзненна, уменьшилась въ длинникѣ до 8 сантм. Своды свободны и безболѣзненны. Послѣднее изслѣдованіе 26 октября 1891 года, т. е. черезъ четыре мѣсяца послѣ операціи.

НАБЛЮДЕНІЕ XI.

Чтобы дать полный отчетъ о всѣхъ случаяхъ гистеропексіи, имѣвшихъ мѣсто въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго, мы приводимъ въ заключеніе нижеслѣдующій случай, не относящійся непосредственно къ разбираемой нами темѣ, но касающійся примѣненія упомянутой операціи при *выпаденіи* матки.

С. С., 25 лѣтъ отъ роду, крестьянка, уроженка калужской губерніи, до 1890 года жила въ деревнѣ, занимаясь крестьянскою работою, затѣмъ пріѣхала въ С.-Петербургъ, гдѣ поступила въ услуженіе прачкою. Больная дѣвица, coitus не имѣла.

Первыя регулы у нея появились на 18-мъ году и съ тѣхъ поръ правильно приходили черезъ 4 недѣли, въ небольшомъ количествѣ, въ теченіи 4 – 5 дней, сопровождаясь почти каждый разъ незначительными болями внизу живота. Время отъ времени она замѣчала небольшія бѣли, ни разу, впрочемъ, не заставлявшія ее прибѣгать къ врачебной помощи. Года три тому назадъ, во время полевыхъ работъ, она впервые почувствовала боль и неловкость въ спинѣ и тяжесть внизу живота, но сначала не придавала значенія этимъ явленіямъ. Постепенно, однако, послѣднія усилились и къ нимъ присоединилось легкое затрудненіе при ходьбѣ. Вскорѣ больная замѣтила, что при всякомъ натуживаніи что-то выходило изъ половой щели. Выпадающая часть принимала чѣмъ дальше, тѣмъ большіе размѣры, и кромѣ того не замедлили обнаружиться запоры и явленія затрудненія при мочеиспусканіи, безъ учащенія, однако, позывовъ къ нему. Мѣсячныя все время приходили правильно и не оказывали существеннаго вліянія на основное страданіе. Жалуясь, кромѣ указаннаго, только еще на наклонность къ запорамъ, больная помирилась было со своимъ страданіемъ ограничиваясь, будучи въ деревнѣ, ношеніемъ самодѣльной повязки, удерживавшей выпавшія части. Въ настоящее-же время, находясь въ столицѣ, она рѣшилась искать радикальнаго средства противъ своей болѣзни, не дающей ей возможности зарабатывать средствъ къ существованію путемъ того тяжелаго физическаго труда, на который она обречена условіями жизни. Субъективные болевые симптомы въ то же время, согласно вышесказанному, не представляются у больной особенно мучительными. Наконецъ замѣтимъ, что предшедствовавшихъ какихъ-бы то ни было тяжелыхъ общихъ заболѣваній больная не имѣла. Она поступила въ клинику 22 февраля 1891 года.

Status praesens. Блондинка, высокаго роста, средняго тѣлосложенія, съ достаточно развитымъ подкожнымъ слоемъ и нѣсколько блѣдными слизистыми оболочками. Легкія и сердце не представляютъ измѣненій. Языкъ чистъ, аппетитъ хорошъ. Животъ не вздутъ и безболѣзненъ. Моча не содержитъ ненормальныхъ составныхъ частей. Нервная система нормальна.

Гинекологическое изслѣдованіе показало: половая щель, при спокойномъ положеніи больной на спинѣ, зіяетъ. Промежность цѣла. Задняя спайка большихъ губъ сильно растянута, но безъ надрывовъ. Малыя губы выступаютъ изъ-за большихъ и тѣсно обхватываютъ выдающуюся изъ половой щели влагалищную часть матки, окруженную со всѣхъ сторонъ широкими круговыми складками слизистой оболочки влагалища. Introitus ad vaginam очень широкъ. Hymen удается найти лишь при внимательномъ изслѣдованіи: онъ

цѣлъ, но растянутъ въ видѣ широкой, плоской, полулунной складки, почти не отличимой отъ прочихъ складокъ слизистой оболочки vaginae. Видимая слизистая оболочка влагалища и port. vagin. суха, малокровна, особенно на послѣдней, представляясь здѣсь утолщенною и сморщенною въ радiарныя складки, имѣя въ общемъ почти эпидермоидальный видъ.

При натуживанiи больной, замѣчается значительное увеличенiе выпавшей массы. Влагалищная часть матки при этомъ бо̀льшею своею частью ложится снаружи, между бедрами, прикрываясь спереди переднею стѣнкою влагалища, вывернутой и напряженной въ видѣ полушаровидной, сплющенной немного спереди назадъ, опухоли. Передняя губа port. vaginalis длиннѣе задней. При измѣренiи канала шейки матки и полости ея, получаются слѣдующiя данныя: отъ orificium externum до дна 10,5 снтм., до orific. internum 5,75 снтм. Со стороны мочеваго пузыря имѣется cystocele. Выпячиванiя передней стѣнки recti нѣтъ, она только нѣсколько податлива, но rectocele не образуетъ. Палецъ, введенный въ rectum, легко достигаетъ дна матки.

Выпавшiя части вправляются легко и безболѣзненно. При комбинированномъ изслѣдованiи per vaginam и черезъ брюшные покровы, можно констатировать слѣдующее: влагалище широко, стѣнки его гипертрофированы, рыхлы и ложатся широкими складками. Port. vaginalis стоитъ очень низко и обращена впередъ. Какъ переднiй, такъ и заднiй сводъ сильно опущены; первый незамѣтно переходитъ во влагалищную часть матки, между тѣмъ какъ второй сохранился въ видѣ, хотя и небольшаго, мѣшка. Боковые своды представляютъ равномѣрную, скорѣе немного повышенную, сопротивляемость. Матка увеличена въ длинникѣ и не болѣзненна при давленiи, дно ея прощупывается черезъ заднiй сводъ, оно вполнѣ подвижно, и легко переводится въ антефлектированное положенiе и тогда только становится доступнымъ для ощупывающей черезъ брюшную стѣнку руки. Со стороны придатковъ никакихъ уклоненiй отъ нормы не замѣчается. Дiагнозъ: Prolapsus totalis uteri retroflecti, вслѣдствiе врожденной атонiи мускулатуры тазоваго дна и связочнаго аппарата матки. Гипертрофiя средней и, отчасти, надвлагалищной части шейки матки. Cystocele.

Въ данномъ случаѣ могъ возникнуть вопросъ о примѣненiи здѣсь механическаго леченiя массажемъ и о такъ называемыхъ операцiяхъ при выпаденiи, но въ виду того, что полное выпаденiе матки въ данномъ случаѣ было обусловлено прирожденной слабостью связочнаго аппарата матки, что, какъ извѣстно, даетъ, при вышеупомянутыхъ методахъ леченiя, худшiй прогнозъ, казалось заслу-

живающимъ предпочтенія излечить выпаденіе, фиксировавъ матку пришиваніемъ къ передней брюшной стѣнкѣ.

И потому больной предложена была hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis, которая, послѣ обычнаго приготовленія больной къ лапаротоміи, и была произведена проф. Славянскимъ 3 апрѣля 1891 года. По вскрытіи брюшной полости матка была переведена изъ состоянія retroflexio въ anteversio-flexio, дно ея, насколько возможно, приподнято изъ полости малаго таза и удерживаемо въ этомъ положеніи пальцами помощника per vaginam и затѣмъ на дно матки наложено 2 шва, одинъ позади мѣста отхожденія трубъ, другой на задней поверхности дна матки, на 1 снтм. ниже перваго (способъ Jacobs'a). Брюшная рана была закрыта 7 глубокими перитонеальными швами и 5 поверхностными, въ промежуткахъ между ними. Кровотеченіе во время операціи было очень незначительное. Вся операція длилась 40 минутъ и протекла безъ какихъ бы то ни было нежелательныхъ побочныхъ инцидентовъ.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ hysteropexia отличалась нѣкоторою особенностью въ выборѣ мѣста наложенія швовъ отъ принятаго въ клиникѣ метода, а именно: къ передней стѣнкѣ живота была пришита задняя поверхность матки.

Послѣопераціонный періодъ протекъ вполнѣ нормально и безъ всякихъ осложненій. Температура только въ первые дни держалась на 37,5°C, далѣе же, по вечерамъ только достигала 37°C. 12-го апрѣля сняты брюшные швы и рана найдена зажившею на всемъ протяженіи первымъ натяженіемъ. 16 дней, приблизительно, спустя послѣ операціи больная встала съ постели и съ тѣхъ поръ начала ходить. Надо здѣсь замѣтить, что больная съ самаго же дня операціи мочилась сама и никакихъ разстройствъ со стороны пузыря у нея не было. При изслѣдованіи недѣли черезъ 4, приблизительно, послѣ операціи констатировано: натуживаніе не вызываетъ выпаденія. Введя палецъ во влагалище, опредѣляется очень незначительное опущеніе передней стѣнки влагалища. Матка въ hyperanteflexio, немного подвижна, фиксирована надъ лобкомъ. Своды нормальны.

Больная оставалась въ клиникѣ подъ наблюденіемъ по 5 іюня 1891 года. Она чувствуетъ себя вполнѣ здоровою. У нея втеченіе этого времени 2 раза были совершенно безболѣзненныя регулы, продолжавшіяся 4—5 дней.

При изслѣдованіи передъ выпиской изъ клиники найдено: матка значительно уменьшилась въ объемѣ: отъ orif. extern. до дна 9 снтм, отъ orif. extern. до orif. intern. 4,5 снтм.; матка въ сильной anteflexio, не опущена, прилежитъ дномъ къ брюшной стѣнкѣ.

Своды нормальны. Влагалище нормально. Опущенія передней стѣнки vaginae нельзя констатировать ни при натуживаніи больной, ни при изслѣдованіи пальцемъ.

Такъ какъ больная живетъ въ С.-Петербургѣ, то она до сихъ поръ находится подъ наблюденіемъ. Матка все время лежитъ въ anteflexio, совершенно подвижна, фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ; передняя стѣнка vaginae съ тѣхъ поръ, какъ больная начала тяжело работать, снова опускается при натуживаніи. Послѣднее изслѣдованіе 4 сентября 1891 года, т. е. черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ операціи.

Изъ выше приведеннаго описанія нашихъ клиническихъ наблюденій видно, что возрастъ оперированныхъ колебался между 24 и 32 годами.

Изъ 11 больныхъ 4 было нерожавшихъ и не выкидывавшихъ (сл. 2-й, 5-й, 7-й и 11-й), 3 много рожавшихъ (сл. 1-й, 4-й и 6-ой), одна разъ рожавшая (сл. 8-й), 6 изъ нихъ выкидывало (сл. 3-й, 4-й, 6-й, 8-й, 9-й и 10-й), въ 4 случаяхъ (сл. 3-й, 6-й 8-й, и 9-й) было по одному выкидышу, въ 2 случаяхъ (сл. 4-й и 10-й) по 2 выкидыша.

Симптомы болѣзни у всѣхъ больныхъ развились за нѣсколько лѣтъ до поступленія въ клинику, при чемъ у 5 выкидывавшихъ со времени выкидыша, у одной со времени 2-хъ родовъ (сл. 1-й), у одной со времени 5-хъ родовъ (сл 4-й), у 2-хъ (сл. 2-й и 7-й) со времени появленія первыхъ кровей, у одной (сл. 5-й) послѣ тяжелаго паденія во время выздоравливанія отъ брюшнаго тифа и у одной (сл. 11-й) послѣ тяжелыхъ полевыхъ работъ.

Всѣ больныя, за исключеніемъ одной (случай выпаденія), лечились до операціи всѣми извѣстными неоперативными средствами продолжительное время безъ всякаго успѣха.

Пессаріями лечились безуспѣшно 7 больныхъ (сл. 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 7-й и 8-й), изъ нихъ не могли переносить пессаріевъ 5 больныхъ (сл. 1-й, 2-й, 3-й, 7-й и 8-й).

Пессаріи не были примѣняемы, такъ какъ матку нельзя было выпрямить и вывести въ передній сводъ, у 3 больныхъ (сл. 6-й, 9-й и 10-й). Въ случаѣ выпаденія (11 сл.) онъ не былъ примѣненъ, такъ какъ завѣдомо не принесъ бы пользы.

У 3-хъ больныхъ (сл. 8-й, 9-й и 10-й) былъ примѣняемъ безуспѣшно массажъ.

У одной изъ больныхъ до гистеропексіи произведена двусторонняя кастрація (сл. 1-й), у одной удаленіе полипа цервикальнаго канала (сл. 2-й), у одной (сл. 3-й) Alquié-Alexander'овская операція безуспѣшно, у одной (сл. 4-й) выскабливаніе слизистой оболочки полости матки.

По формамъ заболѣванія матки, больныхъ можно распредѣлить такъ: а) 9 случаевъ *Retroflexio uteri* (сл. 1-й, 2-й, 3-ій, 4-й, 6-й, 7-й, 8-й и 10-й); изъ нихъ 2 случая (6-й и 10-й) осложнены значительными сращеніями между заднею поверхностью матки, прямой кишкой и задней стѣнкой таза, а также сращеніями, окружающими придатки; одинъ случай (сл. 2-й) осложенъ двустороннимъ хроническимъ оофоритомъ, одинъ случай (сл. 4-й) лѣвостороннею пароваріальною кистою, одинъ (сл. 3-ій) незначительнымъ боковымъ периметритомъ.

б) одинъ случай *Retroversio uteri*, осложненной сильными сращеніями матки съ прямой кишкой и склейками придатковъ съ боковыми стѣнками таза (9-й сл.) и

в) одинъ случай *Prolapsus uteri completa primaria* у дѣвственницы (11-й сл.).

Одинъ случай осложненъ перегибомъ праваго мочеточника, вызваннымъ Retroflex'ией (сл. 1-й), 3 случая подвижною почкою (сл. 3-й, 7-й и 8-й).

У всѣхъ больныхъ симптомы до операціи были настолько мучительны, и жизнь ихъ была настолько тягостна, что онѣ, во что бы то ни стало, требовали хирургическаго вмѣшательства, соглашаясь на самую опасную операцію, лишь бы избавиться отъ своихъ страданій.

Всѣ 11 случаевъ могутъ быть раздѣлены на 4 группы:

1) Первичная hysteropexia при retroflexio uteri mobilis, 5 случаевъ (сл. 1-й, 3-ій, 5-й, 7-й, и 8-й).

2) Первичная hysteropexia при retroflexio uteri fixata, 2 случая (сл. 6-й и 10-й), при retroversio uteri fixata, 1 сл. (9-й).

3) Первичная hysteropexia при prolapsus uteri completa, 1 сл. (11-й сл.)

4) Дополнительная hysteropexia при castratio bilateralis въ одномъ сл. (сл. 2-й) и при ovariotomia unilateralis, въ одномъ сл. (сл. 4-й) съ одновременнымъ существованіемъ перегиба матки взадъ.

Въ случаѣ I-мъ показаніемъ къ операціи были сильныя боли, вызванныя перегибомъ праваго мочеточника, въ случаѣ V-мъ отраженные желудочнокишечные симптомы, въ случаѣ VII-мъ

различныя рефлекторныя нервныя разстройства, въ случаѣ XI-мъ полное выпаденіе матки у дѣвственницы, въ остальныхъ же случаяхъ рѣзко выраженные припадки перегиба матки взадъ, т. е. сильныя боли въ поясницѣ и внизу живота, усиливавшіяся при физическихъ напряженіяхъ, запоры, болѣзненность и разстройства регулъ, при чемъ въ 3-хъ сл. (сл. 7-й, 9-й и 10-й) регулы были уменьшены въ количествѣ, а въ остальныхъ увеличены; въ одномъ случаѣ (сл. 6-й) кромѣ меноррагій были также метроррагіи.

По способу Leopold'а, безъ соскабливанія эндотелія брюшины, покрывающей матку, операція произведена 3 раза (сл. 1-й, 2-й и 3-й), по способу Czerny 7 разъ (сл. 4-й, 5-й, 6-й, 7-й, 8-й, 9-й, и 10-й), по способу Jacobs'а 1 разъ (11-й сл.)

Количество фиксирующихъ матку швовъ было: 3 шва въ одномъ (сл. 2-й), 2 шва въ 7 случаяхъ (сл. 1-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 8-й и 11-й) и 1 шовъ въ 3 случаяхъ (сл. 7-й, 9-й и 10-й).

Сращенія матки и придатковъ разрушались пальцами, а иногда приходилось прибѣгать къ ножницамъ (10-й сл.).

Болѣе или менѣе значительнаго кровотеченія, которое не остановилось бы отъ простаго прижатія, ни при раздѣленіи околоматочныхъ сращеній, ни при прокалываніи маточной ткани, не было ни въ одномъ случаѣ.

Операція производилась просто и легко. Она была немного сложнѣе и труднѣе въ случаяхъ, гдѣ, до пришиванія матки, производилось отдѣленіе сращеній или удаленіе придатковъ.

Продолжительность операціи колебалась отъ 20 до 40 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ во всѣхъ 11 случаяхъ протекъ правильно, безлихорадочно, безъ всякихъ осложненій. Явленія мѣстнаго слипчиваго перитонита вполнѣ держались въ границахъ явленій, неизбѣжныхъ послѣ всякаго чревосѣченія. Температура во всѣхъ случаяхъ только въ первые дни послѣ операціи держалась на 37, 3°—37, 6° С., далѣе же она по вечерамъ только достигала 37° С.

Въ первыхъ 3 случаяхъ и въ случаѣ VII-мъ послѣ операціи моча выпускалась катетеромъ впродолженіи 2-хъ первыхъ сутокъ, остальныя больныя съ перваго же дня мочились сами. Никакихъ намековъ на разстройства мочеиспусканія не было ни въ одномъ случаѣ, напротивъ, въ случаяхъ I-омъ и IV-омъ, въ которыхъ были разстройства со стороны мочеиспусканія (частые позывы и дизурія въ первомъ, частые позывы и боль при мочеиспусканіи вовтoромъ), эти явленія вскорѣ послѣ операціи совершенно и безвозвратно исчезли.

Брюшная рана во всѣхъ случаяхъ зажила первымъ натяженіемъ.

Незначительное нагноеніе вокругъ нижняго глубокаго брюшнаго шва, продолжавшееся нѣсколько дней, наблюдалось въ X-омъ случаѣ, и въ нижнемъ углу раны, также продолжавшееся нѣсколько дней, въ IV-мъ случаѣ.

Брюшной грыжи ни въ одномъ случаѣ не было.

Больныя вставали съ постели отъ 15 – 21 дня послѣ операціи.

Боли внизу живота и въ поясницѣ и запоры исчезли во всѣхъ случаяхъ.

Мѣсячныя сдѣлались безболѣзненными въ 8 случаяхъ (сл. 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 8 й, 9-й, 10-й и 11-й) вскорѣ послѣ операціи. Они сдѣлались менѣе болѣзненными въ одномъ случ. (7-й сл.) Менорррагіи исчезли и мѣсячныя сдѣлались правильными въ 4 сл. (сл. 3-й, 4-й, 6 й и 8-й); мѣсячныя, бывшія до операціи въ уменьшенномъ количествѣ, сдѣлались нормальными въ 2 сл. (сл. 9-й и 10-й). Метроррагіи, наблюдавшіяся до операціи въ одномъ случаѣ, (сл. 6-й), исчезли вскорѣ послѣ операціи.

Матка замѣтно уменьшилась въ объемѣ черезъ болѣе или менѣе продолжительное время послѣ операціи въ 9 сл. (сл. 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 6-й, 8-й, 9-й, 10-й и 11-й). Положеніе матки, у всѣхъ больныхъ послѣ операціи прекрасная anteversio-flexio, при чемъ въ случаѣ XI-мъ гиперантефлексія. Положеніе это, будучи сейчасъ же послѣ операціи почти неподвижнымъ, скоро дѣлалось совершенно подвижнымъ, но матка не могла быть запрокинута взадъ, ибо этому мѣшалъ тяжъ, идущій отъ ея дна къ передней брюшной стѣнкѣ.

Положеніе матки во всѣхъ 11 случаяхъ оказалось стойкимъ. Больныя прослѣжены: 1-й сл. 2 г. 4 мѣс., 2-й сл. 1 годъ 9 м., 3-й сл. больше года, 4-й сл. 1 годъ, 5-й сл. 7½ мѣсяц., 6-й сл. 9 мѣсяцевъ, 7-й сл. 1½ мѣсяц., 8-й сл. 6½ мѣс., 9-й сл. 3½ мѣс., 10-й сл. 4 мѣсяца и 11-й сл. 5 мѣсяцевъ послѣ операціи.

X.

ОБЩІЕ ВЫВОДЫ.

Резюмируя все сказанное въ нашей работѣ, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis или пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ посредствомъ чревосѣченія предпринимается: а) или спеціально для радикальнаго излеченія тяжелыхъ случаевъ заднихъ смѣщеній матки (первичная, чистая hysteropexia), или, какъ добавочная операція, прибавленная къ чревосѣченію, произведенному изъ-за другихъ причинъ, если одновременно существуетъ заднее смѣщеніе матки, вызывающее болѣе или менѣе выраженные симптомы (дополнительная hysteropexia).

2. Изъ трехъ основныхъ методовъ hysteropexiae abdominalis anterioris intraperitonealis: а) непосредственное пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ, б) пришиваніе широкихъ и круглыхъ связокъ и культей удаленныхъ придатковъ—посредственная фиксація, и в) комбинированіе обоихъ способовъ вмѣстѣ, а также сочетаніе перваго способа съ внутрибрюшнымъ укороченіемъ круглыхъ и крестцово-маточныхъ связокъ и второго способа съ позадиматочнымъ дренажемъ, самый простой, безопасный и вмѣстѣ съ тѣмъ вѣрный методъ есть непосредственная фиксація матки къ передней брюшной стѣнкѣ, а изъ ея модификацій заслуживаетъ предпочтенія фиксація матки къ брюшной стѣнкѣ горизонтальными швами, погруженными внутри брюшной раны.

3) Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ показано: а) при чревосѣченіяхъ, предпринятыхъ изъ-за заболѣваній придатковъ воспалительнаго или новообразовательнаго характера и опухолей матки, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется одновременно приращенное или неприращенное смѣщеніе матки взадъ, вызывающее болѣе или менѣе выраженные симптомы, б) при вызывающихъ тяжелые симптомы фиксированныхъ смѣщеніяхъ матки взадъ, послѣ предварительно испробованнаго разрушенія сращеній, или безъ таковаго, в) какъ крайнее средство, и для случаевъ подвижныхъ смѣщеній матки взадъ, хотя и не осложненныхъ существеннымъ заболѣ-

ваніемъ придатковъ, но сопровождающихся тяжелыми мѣстными и отраженными припадками, которые, составляя для больныхъ источникъ значительныхъ страданій, не могутъ быть облегчены ни діэтетическими и симптоматическими, ни ортопедическими средствами.

4) Двусторонняя кастрація не излечиваетъ абсолютно вѣрно явленій, вызванныхъ смѣщеніями матки взадъ.

5) Противопоказанія для hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis такія-же, какъ и для всякаго чревосѣченія. Могущая наступить со временемъ беременность не должна служить противопоказаніемъ для производства операціи.

6) Въ нѣкоторыхъ, хотя и очень рѣдкихъ, случаяхъ смѣщеній матки взадъ, фиксированныхъ широкими и плотными сращеніями, послѣднія нельзя разрушить вполнѣ, безъ опасности раненія сосѣднихъ органовъ, даже при вскрытой брюшной полости, и въ такихъ случаяхъ разрушеніе ихъ противопоказано, но матка, если удается ее приподнять и привести въ соприкосновеніе съ брюшной стѣнкой, и въ такихъ случаяхъ должна быть пришита.

7). Въ весьма рѣдкихъ и исключительныхъ случаяхъ пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ не можетъ быть произведено, такъ какъ невозможно приложить дно матки къ брюшной стѣнкѣ.

8) Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis радикально и вѣрно устраняетъ заднія смѣщенія матки, что констатировано продолжительнымъ наблюденіемъ и повторнымъ изслѣдованіемъ оперированныхъ, излечиваетъ связанныя съ ними болѣзненныя явленія и функціональныя разстройства и разъ навсегда освобождаетъ оперированныхъ отъ леченія пессаріями.

9) Улучшеніе нервныхъ страданій, какъ послѣдствія мѣстныхъ страданій половыхъ органовъ, зависящихъ отъ заднихъ смѣщеній матки, послѣ hysteropexi'и, какъ и послѣ кастраціи, часто наступаетъ позже, чѣмъ улучшеніе основного страданія.

10) Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ не мѣшаетъ забеременѣванію, не препятствуетъ, въ большинствѣ случаевъ, нормальному теченію беременности, родовъ и послѣродоваго періода и не вызываетъ, въ большинствѣ случаевъ, непріятныхъ явленій во время этихъ состояній, при чемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, матка во время беременности теряетъ связь съ брюшной стѣнкой, въ нѣкоторыхъ же эта связь остается и во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ.

11) Она не даетъ рецидива задняго смѣщенія послѣ пуэрперальнаго періода и въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ матка во время беременности лишается связи съ брюшной стѣнкой.

12) Разстройствъ со стороны мочеиспусканія она не вызываетъ ни сейчасъ послѣ операціи, ни черезъ нѣкоторое время послѣ нея, напротивъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ разстройства со стороны мочевого пузыря, наблюдавшіяся до операціи, излечиваются ею.

13) Чистая hysteropexia по тяжести прогноза, равна пробному чревосѣченію и, равно какъ послѣднее, при строгомъ соблюденіи правилъ асептики должна въ настоящее время считаться операціей, совершенно безопасной въ смыслѣ предсказанія.

14) Прогнозъ чревосѣченія дѣлается тяжелѣе, если одновременно съ пришиваніемъ матки приходится разрушать околоматочныя сращенія или удалять измѣненные придатки, но прогнозъ самой hysteropexiae отъ этого не ухудшается, такъ какъ послѣднія заболѣванія сами для своего излеченія требуютъ чревосѣченія.

15) Удалять яичники и трубы при чревосѣченіяхъ, предпринятыхъ изъ-за заднихъ смѣщеній матки, нужно только тогда, когда измѣненія ихъ настолько выражены, что они сами, безъ неправильнаго положенія матки, давали бы показаніе къ кастраціи.

16) Хотя пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ посредствомъ чревосѣченія при заднихъ смѣщеніяхъ является методомъ и не идеальнымъ и не совершеннымъ, но тѣмъ не менѣе достойнымъ занять почетное мѣсто въ гинекологіи, на ряду съ влагалищнымъ и прочими методами леченія заднихъ смѣщеній матки, методомъ, будущность котораго зависитъ не столько отъ развитія оперативной техники, сколько отъ того, чтобы асептическое чревосѣченіе было признано всѣми безопаснымъ вмѣшательствомъ.



ЛИТЕРАТУРА.

1. Ch. Audry. Note sur trois observations d'hystéropexie pour prolapsus utérins. Emploi d'un procédé nouveau. Le Progrès médical 1890. 2-я пол. № 27, p. 1—2.
2. M. Baudouin. Hystéropexie abdominale antérieure et opérations suspubiennes dans les Rétrodéviations de l'utérus. Paris 1890. Lecrosnier et Babé éditeurs.
3. Bernays. Bemerkung über eine neue Behandlung gewisser Formen von Retroflexio uteri. St. Louis Clinique 1891. Februar. p. 62, по реферату изъ Centralblatt für Gynäk. 1891. № 36, p. 743.
4. E. Bode. Сообщеніе въ Дрезденскомъ гинекологическомъ обществѣ. Centr. für Gynäk. 1888. № 13, p. 212.
5. Онъ же. Преніе въ Дрезд. гинекол. обществѣ. Centr. für Gynäk. 1888. № 48, p. 795.
6. Онъ же. Преніе въ Дрезденск. гинекол. обществѣ. Centr. für Gynäk. 1889. № 10, p. 159.
7. Онъ же. Zur operativen Therapie des Uterus retroflectus fixatus. Centr. für Gynäk. 1889. № 3. p. 33, и Wiener Mediz. Wochenschrift 1889. № 40. p. 1537.
8. H. J. Boldt. Сообщеніе въ Нью-Іоркскомъ акушерско-гинекологич. обществѣ. The Americ. Journal of obstetrics etc. 1888. IV. p. 401.
9. Онъ же. Сообщеніе на Бостонскомъ конгрессѣ. The Americ. Journal of obstetrics etc. 1889. X. p. 1066.
10. Онъ же. Сообщеніе въ акушерско-гинеколог. секціи Нью-Іоркской медиц. Академіи. The medical Record 1888. № 19, p. 577.
11. Онъ же. The treatment of posterior displacements of the uterus. The Americ. Journ. of obstetr. etc. 1890. VI. p. 576.
12. Bouilly. Пренія по поводу доклада Schwartz'a въ Парижскомъ хирургич. общ. Bulletins et mémoires de la Societé de Chirurgie de Paris 1889. T. XV. p. 276—279.
13. А. Г. Боряковскій. Пренія по поводу доклада Ляхницкаго. Протоколы засѣданій акушерско-гинекологич. общества въ Кіевѣ 1891. Протоколъ № 31, p. 6.
14. C. von Braun. Über Ventrofixatio des Uterus bei Prolapsus uteri. Сообщ. въ засѣд. Вѣнскаго акушерск. общ. Centralbl. für Gynäkol. 1891. № 28, p. 596.
15. St. Braun. O cięciu cesarskiem zachowawczem w przypadkach zbliznowania pochwy. Przegląd Lekarski 1890. №№ 40 и 41, p. 568 и 583.
16. Broese. Пренія въ Берлинскомъ акушерск. обществѣ. Centr. für Gynäkol. 1899. № 49, p. 854.
17. W. H. Brown. A case of the retroflexion of the uterus; hysteropexia; remarks. The Lancet 1889. p. 904.
18. Candela. Hysterogastrorrhaphia vaginal, nuevo metodo para ol tratamento de los prolapsos y retroversiones de l'utero. Progresso Ginec. Valence. 1888. p. 321. Цитир. по Dumoret: Laparohystéropexie contre le prolapsus utérin 1889. Paris, p. 82.
19. Caneva. Una proposta per la cura radicale dell'prolapso completa dell'utero. Gazetta degli Hospitali 1882. № 112. p. 810. Цитировано по Dumoret loc. cit. p. 21.
20. J. Lucas-Championnière. Statistique des opérations faites dans le service des baraques à l'hôpital Saint-Louis etc. Bulletins et mémoires de la société de Chirurgie de Paris 1886. T. XV. p. 636—647 особ. 643.
21. Онъ же. Сообщеніе въ Парижскомъ хирургич. обществѣ. Bull. et mém. de la societé de Chirurgie de Paris 1889. p. 55—56.
22. Онъ же. Пренія по поводу доклада Polaillon'a—ibidem. p. 69—71.
23. Онъ же. Сообщеніе во время преній по поводу доклада Schartz'a—ibidem. p. 253 и 276.

24. Cleveland. Сообщ. въ Нью-Іоркскомъ акушерско-гинекологич. общ. The Americ. Journal of obstetrics etc. 1891. V. p. 613—614.
25. Coe. Hysterorhaphy for retroflexion with fixation. Сообщ. въ Нью-Іоркск. акушерск. общ. The Americ. Journ. of obstetr. 1888. IV. p. 401.
26. Онъ же. Сообщеніе въ акушерско-гинекологич. секціи. Нью-Іоркск. медиц. Академіи. The medical Record 1888. p. 577.
27. Онъ же. Сообщеніе въ Нью-Іоркск. акушерско-гинекол. общ. The Americ. Journ. of obstetr. etc. 1890. VII. p. 737.
28. Cohn. Сообщ. въ Берлинскомъ акушерско-гинеколог. общ. Centralblatt für Gynäkol. 1889. № 49. p. 851—853.
29. Chrobak. Пренія въ Вѣнскомъ акушерск. общ. Centr. für Gynäk. 1891. № 28, p. 596—597.
30. A. F. Currier. Пренія въ акушерско-гинек. секціи Нью-Іоркск. медиц. Акад. New-York medic. Journ. 1889, 25 мая, p. 585.
31. Czempin. Lageveränderungen. Plastiche Operationen. Totalextirpation. Jahrbuch der Practischen Medicin. Stuttgart 1890. p. 333.
32. V. Czerny. Ueber die Vornähung der rückwärts gelagerten Gebärmutter. Beiträge zur Klinischen Chirurgie. 1888. Bd. IV. Helft I. p. 164—180.
33. Онъ же. Сообщеніе на конгрессѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей въ Берлинѣ. Centr. für Gynäk. 1886. № 42. p. 685.
34. Crespi. L'Isterropessia extraperitoneale nella cura degli spostamenti posteriori dell'utero. Gazetta degli Hospitali 1890. p. 154, 162 и 170. Цитировано по Baudouin'y loc. cit. p. 99.
35. A. Debrunner. Zur vaginalen und ventralen Fixation der rückwärtsgebeugten Gebärmutter. Correspondenz.—Blatt für Schweizer Aerzte 1890. № 11. p. 337—340.
36. H. Delagénière. Hystéropexie ou suspension de l'utérus à la paroi abdominale. Annales de Gynécologie. 1890. XII p. 417—445.
37. A. Deletrez. Fragments de Chirurgie abdominale. Bruxelle. M. et T. Sas. 1891. По рефер. въ Annales de Gynécol. 1891. VII. p. 72.
38. T. Dembowski. Ueber die Ursachen der peritonealen Adhäsionen nach chirurgischen Eingriffen mit Rücksicht auf dieFrage desIleus nachLaparotomieen. Archiv für Klinische Chirurgie 1888. XLIII. p. 745—765.
39. Deneffe. Сообщ. въ засѣданіи Бельгійской королевск. медиц. Акад. La Presse médicale de Belge 1890. № 18, p. 283.
40. Desprès. Пренія въ Парижскомъ хирург. общ. Bull. et mém. de la Societé de Chirurgie de Paris 1889. T. XV. p. 55.
41. Doleris. Ueber das physiologiche Ziel und die Nothwendigkeit einer conservativen Chirurgie in der Gynäkologie. Wiener Mediz. Presse 1890. № 42, p. 1653—1658.
42. A. P. Dudley. Hysterorrhaphy a new method. The medical Record 1890. № 5, p. 136.
43. Онъ же. Сообщ. въ Нью-Іоркскомъ акушерско-гинеколог. общ. The Americ. Journ. of obstetrics etc. 1890. VII. p. 737.
44. Онъ же. A new method of surgical treatment for certain forms of retrodisplacement of the uterus with adhesions. The Americ. Journal of obstetrics etc. 1890. XII p. 1336—1351.
45. Ch. W. Dulles Treatment of Retroflexion of the uterus. The Medical and Surgical Reporter 1890. 1 марта p. 270.
46. P. Dumoret. Laparohystéropexie contre le prolapsus utérin. Paris 1889. Lecrosnier et Babé éditeurs.
47. G. M. Edebohls. Aus der gynäkologischen Abtheilung des St.-Francis Hospitals in New-York. Die Laparotomien des Iahres 1889. Реф. въ Centr. für Gynäkol. 1891. № 3, p. 72—73.
48. Онъ же. Сообщ. въ преніяхъ по поводу доклада Dudley'я въ акушерско-гинекол. секц. Нью-Іоркск. медиц. Акад. The medical Record 1890. № 5, p. 136.
49. Blanche Edwards. Des traitements de la rétroversion de l'utérus. Le Progrès Médical 1888. № 24, p. 469.
50. Emma Ward Edwards. The Frequency of Backward Displacements of the uterus after Parturition. New-York medic. Journ. 1888. Іюль 7, p. 24.
51. Engström. Laparotomier utförda är 1890 för affektioner hos uterus och dess adneher. Finska läkaresällskapets Handlingar 1891. № 5, p. 364—392, особ. p. 388—391.

52. Онъ же. Ventrofixation of prolaberad lifmoder. Finska läkaresällskapets. Handlingar 1890. № 3. p. 172—182.

53. T. A. Emmet. Сообщ. на конгрессѣ америк. гинекол. The Americ. Journ. of Obstetrics. 1889. X. p. 1066.

54. V. Faucon. Note sur un nouveau mode de suture dans l'hystéropexie. Bull. de l'Ac. roy. de Méd. de Belgique T. IV. 4 serie. № 4. p. 282. Цитировано по Baudouin'y loc. cit. p. 67—69 и по Deneffe loc. cit. p. 283.

55. Fehling. Ueber mechanische und operative Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1891. № 10, p. 288—306.

56. Н. Н. Феноменовъ. Сто чревосѣченій (2-я серія) Врачъ 1890. №№ 16, 17, 18 и 19 особ. № 18, p. 419.

57. F. Fraipont. De l'hystéropexie abdominale dans le traitement de certaines formes de la rétroversion utérine. Annales de Gynécologie 1890. T. XXXIV p. 479.

58. Онъ же. De la grossesse après l'hystéropexie abdominale pratiquée pour rétroflexion utérine. Archives de Tocologie et de Gynécologie. 1891. № 7, p. 531.

59. Franck. Сообщеніе на конгрессѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей въ Берлинѣ. Centr. für Gynäkol. 1886. № 41. p. 667.

60. Fränkel. Ueber die Erfolge der mechanischen Behandlung der häufigsten Formen von Retrodeviationen des uterus. Tagebl. der 59 Versammlung deutsch. Naturfor. und Aerzte Berlin 1886. p. 214.

61. H. Fritsch. Handbuch der Frauenkrankheiten. Bd. I. 1886. p. 767. Цит. по Sänger'y: Centr. für Gynäk. 1888, p. 17.

62. R. Frommel. Über operative Behandlung des retroflektirten Uterus. Centralbl. für Gynäk. 1890. № 6. p. 94.

63. Онъ же. Сообщ. въ преніяхъ по поводу доклада Küstner'a на 3-мъ съѣздѣ нѣмецк. гинек. въ Фрейбургѣ 12—14 іюня 1889 г. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäk. Leipzig. 1890. p. 387.

64. S. Gottschalk. Zur Frage des Einflusses der Ventrofixatio uteri auf spätere Schwangerschaft. Centr. f. Gynäk. 1891. № 8. p. 154.

65. Онъ же. Ventrofixatio uteri und Schwangerschaft. Centr. für Gynäk. 1891. № 20. p. 397.

66. Онъ же. Сообщ. въ Берлинск. гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1889. № 49, p. 854.

67. M. Горвицъ. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. С.-Петербургъ. 1876 г. Часть II-я p. 746.

68. J. Grünberg. Ein Beitrag zur Behandlung complicirter Retroflexionen u. Prolapse. Diss. inaug. Dorpat. 1890.

69. Gusserow. Сообщеніе въ Берлинск. акушерско-гинекол. общ. Centr. für Gynäkol. 1889. № 49. p. 854.

70. F. Hage. Ventrofixatio uteri. Diss. Inaug. Leiden. по реферату изъ Centr. für Gynäkol, 1891. № 18, p. 367 и № 38 p. 782.

71. R. B. Hall. Removal of appendages for Pyosalpinx; ventral fixation of uterus for Retroversion. Am. J. of obstetr. 1890. V. p. 550.

72. H. T. Hanks. Сообщ. въ акушерско-гинекол. секціи Нью-Іоркск. медиц. Акад. New-York medical Journal 1889 г., 25 мая p. 586.

73. G. T. Harrison. Сообщ. въ акушерско-гинекол. секціи Нью-Іоркск. медиц. Акад. New-York medical Journal 1889 г., 25 мая p. 585.

74. A. Hegar. Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen 1885. Stuttgart p. 53.

75. Онъ же. Сообщ. на 3-мъ конгрессѣ нѣмец. гинекол. въ Фрейбургѣ въ преніяхъ послѣ доклада Küstner'a. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkol. Leipzig 1890. p. 387—395.

76. Hennig. Докладъ въ Лейпцигскомъ акуш. общ. Centr. für Gynäkol. 1885. № 42, p. 667.

77. Онъ же. Сообщ. на конгрессѣ нѣмецкихъ естествоиспытат. въ Берлинѣ. Centr. für Gynäkol. 1886. № 41 p. 667.

78. O. E. Herrick. An operation for shortening the uterosacral ligaments. The Americ. Journ. of obstetrics etc. 1891. III. p. 314. особ. 315.

79. A. Heydenreich. De l'hystéropexie. La Semaine médicale 1890, p. 82.

80. Hofmokl. Преніе въ Вѣнскомъ акушерско-гинекол. общ. Centr. für Gynäk. 1891. № 28, p. 596—597.

81. A. Holowko. Eine seltene Todesursache bei einer Kreissenden. (Verblutung aus gerissenen peritonitischen Adhäsionen). Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkol. 1891. XXI Band. 2 Heft. p. 354—362 особ. 362.

82. Hunter. Пренія въ засѣд. Нью-Іоркск. акуш.-гинек. общ. The Americ. Journ. of obstetrics etc. 1887. № 6, p. 630.

Hysterorrhaphy the new operations for displacements of the uterus. The medical Record. 1888. p. 756.

83. Imlack. On the treatment of prolapsed ovaries by oophorrhaphy. Brit., Gynaec. Journ. 1886, p. 375 цитир. по Polk'y. Amer. Journ. of obstetr. 1889. p. 1066.

84. C. Jacobs. Remarques cliniques et opératoires sur une serie de cinquante Laparotomies. Bull. et mém. de la Societé obstetricale et. gynécologique de Paris. 1890. № 12. p. 312

85. Janvrin. Преніе въ засѣд. Нью-Іоркск. акуш. гинек. общ. The Americ. Journ. of obstetrics. 1887. VI. p. 630.

86. R. Kaltenbach. Beitrag zur Laparotomie bei fibrösen Tumoren des Uterus. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkol. Stuttgart. 1878. t. II. p. 183.

87. Онъ же. Сообщ. на конгрессѣ нѣмецкихъ естествоиспытател. въ Берлинѣ. Centr. für Gynäkol. 1886. № 41. p. 667.

88. Skene Keith. An unsuccessful case of Alexander's operation. Edinburgh medical Journal. 1886. Іюль, p. 55.

89. H. A. Kelly. Hysterorrhaphy: The Americ. Journal of obstetrics. 1887. I. p. 33—46.

90. Онъ же. Пренія въ филадельфійск. акушерско-гинек. общ. The Americ. Journ. of obstetrics. 1887. I, p. 67.

91. Онъ же. Hysterorrhaphy: The international Journal of the medical Sciences. 1888. Май, 468—481.

92. Онъ же. Сообщ. въ акушерско-гинек. Секціи Нью-Іорк. мед. Акад. The medical Record. 1888. 10 Ноябр., p. 577.

93. Онъ же. Сообщ. на Бостонскомъ конгрессѣ. The Americ. Journ. of obstetrics. 1889. X. p. 1066.

94. Онъ же. On hysterorrhaphy: The Johns Hopkins Hospital Bull. Baltimore. 1890. Январь vol. I t. IY. p. 17, Цитировано по реферату изъ Centr. für Gynäkol. 1890. № 52, p. 942—943.

95. H. Kelly and Hunter Robb. The Laparotomies performed in the gynecological department from October 16 1889, to March 3 1890. The Johns Hopkins Hospital Reports 1890. Baltimore. № 3 и 4. Volume II, p. 141—166 особ. p. 163—164.

96. G. Klein. Bericht über die Vorgänge auf der gynaekologischen Abtheilung. Münchener medicinische Wochenschrift. 1890. № 8 и 9. p. 135 и 171.

97. L. Kleinwächter. Zur Frage der Ventrofixatio als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1891. XXI Band. II Heft. p. 237—250.

98. Онъ же. Wiener Mediz. Presse. 1890. № 26, p. 1047—1050.

99. Klotz. Сообщ. въ Дрезденскомъ акушерско-гинекол. общ. Centralblatt für Gynäkol. 1888. № 1, p. 11.

100. Онъ же. Neues Operationsverfahren bei Retroflexio uteri fixati. Berliner Klinische Wochenschrift. 1888. № 4. p. 66.

101. Онъ же. Die operative Behandlung der Retroflexio uteri fixati. Centr. f. Gynäk. 1888. № 5, p. 69.

102. Онъ же. Сообщеніе въ Дрезденскомъ гинек. общ. Centr. für Gynäk. 1888. № 13, p. 211.

103. Онъ же. Пренія въ Дрезденскомъ гинек. общ. Centr. für Gynäk. 1888. № 48, p. 795.

104. Онъ же. Пренія въ Дрезденск. акушерско-гинек. общ. Centr. für Gynäk. 1890. № 11, p. 186.

105. Онъ же Die operative Behandlung der Retroflexio uteri. Centr. für Gynäk. 1891. № 4, p. 97—98.

106. E. Koeberlé. Gastrotomie dans un cas de Rétroversion de la matrice. Gazette médicale de Strasbourg. 1877. № 3, p. 28—31.

107. Korn. Пренія въ Дрезденскомъ гинек. общ. по поводу доклада Klotz'a. Centr. für Gynäk. 1888. № 1, p. 11.

108. В. Котелянскій. Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ при prolapsus. Фиброидъ яичника. Чревосѣченіе. Выздоровленіе. Журн. Акуш. и Женск. болѣзн. 1890, стр. 406.
109. Kuhn. Laparohysterotomie wegen totalen Prolapsus uteri et vaginae. Berlin. Klinische Wochensch. 1882. № 29. p. 441.
110. H. Kümmel. Zur Technik der Laparotomieen Deutsche Medizinal Zeitung. 1890. № 46, p. 511—514.
111. O. Küstner. Zur Indikationsstellung und Methode der Laparotomie wegen Retroflexio uteri. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Dritter Kongres abgehalten zu Freiburg. Leipzig. 1890. p. 381—387.
112. Онъ же. Die Behandlung Komplicirter Retroflexionen und Prolapse besonders durch ventrale Operation. Sammlung Klinischer Vorträge. 1890. № 9, p. 41—60.
113. Онъ же. Ventrofixatio uteri. Wissenschaftliche Verhandluugen der Dorpater medicinischen Facultät. St.-Petersburger Medic. Wochenschrift. 1890. № 15. p- 133.
114. F. Krug. Transperitoneal Hysterorrhaphy: a new method of ventral fixation of the uterus without opening the peritoneal cavity. New-Iork Medical Journal. 1891, p. 11—14.
115. Largeau. Сообщеніе въ анатомическомъ общ. Bull. de la Societé Anatomique. 1889. T. III. 5 Serie, p. 361.
116. Ch. C. Lee. The value of Hysterorrhaphy as a primary or consecutive operation in uterine displacements. The medical Record. 1888, 10 ноября, p. 576 и New-York Med. Journ. 1889. 12 января, p. 50.
117. Онъ же. The value of Hysterorrhaphy in the treatment of Retroflexions of the Womb. The Americ. Journal of obstetrics. 1888. XII, p. 1249—1256.
118. Leonardi. Пренія въ Дрезденскомъ гинекол. общ. Centr. für Gynäkol. 1890. № 11, p. 186.
119. Leopold. Über die Annähung der retroflektirten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand. Centr. für Gynäkol. 1888. № 11, p. 161.
120. Онъ же. Пренія въ Дрезденскомъ акушерско-гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1888. № 13, p. 211.
121. Онъ же. Über Ventrofixatio uteri. Сообщ. въ Дрезд. гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1888. № 48, p. 795.
122. Онъ же. Über Ventrofixation Uteri. Сообщ. въ Дрезд. гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1889. № 10, p. 159.
123. Онъ же. Ueber die Annähung der retroflektirten aufgerichteten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand. Sammlung Klinischer Vorträge. 1889. № 333, p. 2401—2418.
124. Онъ же. Über Ventrofixatio uteri retroflexi. Сообщ. въ Дрезд. акуш. общ. Centr für Gynäk. 1890. № 11, p. 185.
125. Онъ же. Ventrofixatio uteri und Schwangerschaft. Centr. für Gynäkol. 1891. № 16, p. 317.
Онъ же. Пренія по поводу доклада Küstner'a на Фрейбургскомъ конгрессѣ Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäk. III Kongress abgehalten zu Freiburg. Leipzig. 1890, p. 387—395.
126. Lihotzky. Сообщ. въ Вѣнск. акушерско-гинекол. общ. Wiener Mediz. Blätter. 1889. № 31, p. 487, Centr. für Gynäk. 1889. № 48, p. 832 и Wiener Mediz. Wochenschrift. 1889. № 40, p. 1530—1531.
127. И. И. Ляхницкій. Случай радикальнаго излеченія перегиба матки кзади путемъ операціи Ventrofixatio. Протоколы засѣд. Акуш. гинек. общ. въ Кіевѣ. 1891, p. 61 и № 31 Протокола засѣд., p. 5.
128. H. Löhlein. Ueber die definitive Heilung der gewöhnlichsten Form von Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1882. Bd. 8, p. 102.
129. Martin. Сообщеніе въ Берлинск. акушерско-гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1889. № 49, p. 857.
130. Marschner. Пренія въ Дрезденскомъ гинекол. общ. Centr. für Gynäkolog. 1889 № 10, p. 159.
131. W. Matlakowski. Nowy sposób przytwierdzania wypadlej lub w tyl pochylonej macicy za pomocą przeszczepiania wiezów oblych. Przegląd Lekarski. 1889. № 46, p. 557.

132. Онъ же. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. Trzy przyszycia wypadlej macicy według sposobu autora. Gazeta Lekarska. 1889. № 49, p. 983.

133. J. A. Miller. Retroversio-flexio and a new instrument for reposition of the uterus. The Americ. Journ. of obstetrics. 1887. p. 146 особ. 150.

134. R.M.Murray. Diseases of the uterus. The Medical Annual and Practitioner's Index. 1891. Bristol-London. p, 482—488.

135. E.Montgomery. Report of twenty-four abdominal operations in the Philadelphia Hospital. Philadelphia Hospital Reports. 1890. Volume 1. Edit. by Ch. K. Mills, p. 200 особ. 204.

136. P. Müller. Ueber Exstirpation des Uterus. Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte. 1878. № 20 и 21, p. 609 и 641.

137. P. Munde. Сооб. въ акушерско-гинекол. секціи Нью-Іоркской медиц. Акад. The medical Record. 1888, p. 577.

138. Онъ же. The value of Alexander's operation for shortening the round ligaments estimatet from the results of twenty three cases. The Americ. Journ. of obstetrics. 1888, p. 1121.

139. Онъ же. Сообщ. въ Нью-Іоркск. акушерско-гинек. общ. The Americ. Journ. of obstetrics. 1890. VII, p. 737.

140. Онъ же. Removal of tubes and ovaries. Hysterorrhaphy. Сообщ. въ Нью-Іорк. акуш. общ. The Americ. Journ. of obstetr. 1890. VII, p. 638.

141. Nijhoff. Über die Bedeutung einiger Uterusdeviationen цитир. по реферат. изъ Centr. für Gynäkol. 1891. № 2, p. 40.

142. Odebrecht. Сообщ. въ Берлинск. акушер.-гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1889. № 49, p. 853 и 857.

143. R.Olshausen. Ueber Ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio uteri. Centr. für Gynäk. 1886. № 43, p. 698.

144. Онъ же. Ueber Ventrale Operationen bei Lageanomalien. Centr. für Gynäk. 1886. № 41, p. 667.

145. Онъ же. Ein fall von Ventrofixatio uteri retroflexi. Centr. für Gynäkol. 1888. № 24, p. 388.

146. Онъ же. Сообщ. въ Берлинск. акуш.-гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1889. № 49, p. 856.

147. Онъ же. Die Laparotomien der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während der 3 jahre 1 Mai. 1887—1890. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkol. 1890. Band XX, p. 219—235.

148. Дм. Оттъ. Избранные отдѣлы практической гинекологіи. Отдѣлъ 1. Патологія и терапія неправильныхъ положеній матки. Практическая медицина. 189[illegible] г.

149. E. Pasquali. Un caso di fissazione dell'Utero alla parete abdominale. Annali di ostetricia e ginecologia. 1888. № 7, p. 316

150. L. Picqué. De la ventrofixation ou hystéropexie: opération d'Olshausen. Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale. 1889. T. 116, p. 10.

151. Онъ же. Traitement de la rétroflexion utérine en général et de la rétroflexion adhérente en particulier. De l'hystéropexie ou ventrofixation. Revue génerale de Clinique et de Thérapeutique. 1889. № 2 и 3. Цитировано по Baudouin'у, p 64—65.

152. W. M. Polk. Are the tubes and ovaries to be sacrificed in all cases of salpingitis. The Americ. Journ. of obstetr. 1887. X, p. 1045.

153. Онъ же. Laparotomy for adherent retroflexed or retroverted uterus. The Americ. Journ. of obstetrics. 1887. VI, p. 630.

154. Онъ же. The surgical treatment of posterior displacements of the uterus. The Americ. Journ. of obstetr. 1889. X, p. 1066 и New-York medical Journ. 1889, p. 383,

155. Онъ же. Hystero rhaphy and Alexanders operation. The Americ. Journ. of obstetrics. 1888. XII, p. 1271.

156. Онъ же. Occluding salpingitis excited by suturing the round ligaments for retroversion of the uterus. The Americ. Journ. of obstetrics. 1890, p. 628 и Centr. für Gynäkol. 1890. № 48, p. 872

157. Онъ же. Преніе въ Нью-Іоркск. акушерско-гинек. общ. The Americ. Journ. of obstetrics. 1890. VII, p. 737.

158. S. Pozzi. Traité de Gynécologie clinique et opératoire. Paris. 1890, p. 493 и 540.

159. Онъ же. De la ventrofixation de l'utérus ou hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus. Gazette médicale de Paris. 1888. № 49 и 50, p. 577 и 590.
160. Онъ же. Raport sur une opération d'hystérorraphie pratiquée par L. Picqué pour une rétroflexion de l'utérus. Le Progrès médical. 1888. № 49, p. 478.
161. Онъ же. Пренія по поводу доклада Polaillon'а въ Парижск. хир. общ. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1889. T. XV, p. 69.
162. Pollailon. Sur un cas de ventrofixation ou utéropexie, Bull. et mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris. 1889. T. XV, p. 66.
163. J. Praeger. Zur Ventrofixatio uteri retroflexi. Centr. für Gynäkol. 1890. № 16, p. 278.
164. L. Prochownick. Beiträge zur Castrationsfrage. Archiv für Gynäkologie. 1889. Band 29, Heft 2, p. 183—270.
165. J. Rendu. Notes sur quelques voyages à l'étranger au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie 1879—1880. Lyon médical. T. 36. № 10, p. 341 особ. p. 343.
166. Г. Е Рейнъ. Пренія по поводу доклада Ляхницкаго. Протоколы засѣд. Акуш. гинек. общ. въ Кіевѣ. № 31 Протокола p. 5—6.
167. Онъ же. Объ асептикѣ при чревосѣченіяхъ. Врачъ. 1890 г. № 2 и 3 особ. № 2, p. 23.
168. L. G. Richelot. Sur le traitement des rétrodeviations utérines. Annales de Gynécologie. 1889. T. 32. Ноябрь, p. 377.
169. Онъ же. Сообщ. на франц. хирург. конгрессѣ 1891 г. Revue de Chirurgie. 1891. № 5, p. 381 и Union médic. 1891. № 54 и 55.
170. A. v. Rosthorn. Vierzig Fälle von Abtragung und Entfernung der Anhänge der Gebärmutter. Archiv f. Gynäkol. 1890. Band 37. Heft 3 p. 337—419.
171: Routier. Пренія въ Парижск. хирург. общ. Bull. et mém. de la Societé de Chirurgie de Paris. 1889. T. XV, p. 54.
172. M. Saenger. Über operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Centr. für Gynäk. 1888. № 2 и 3. p. 17 и 34.
173. Онъ же. Zur Ventrofixation des retroflektirten Uterus. Centr. f. Cynäkol. 1888. № 7, p. 102.
174. Онъ же. Zwei Falle von reiner Ventrofixatio uteri retroflexi (представл. въ гинек. общ.). Centr. f. Gynäkol. 1888. № 24, p. 388.
175. Онъ же. Bericht 39 Laparotomien des Jahres 1888. Centr. für Gynäk. 1889. № 25, p. 441.
176. Онъ же. Сообщ. на конгрессѣ нѣмецк. гинек, въ Фрейбургѣ. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft fur Gynäkologie 3 Kongress. Leipzig. 1890, p. 387—395 (пренія).
177. Онъ же. Uber Behandlung der Retroversio-flexio Uteri. Centr. für Gynäkol. 1885. № 42. p. 664—666.
178. Онъ же. Ueber Pessarien. Leipzig. 1890. O. Wigand, p. 17 и 43.
179. Онъ же. Über Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio uteri retroflexi. Centr. f. Gynäkol. 1891. № 16, p. 305.
180. Segond. Пренія по поводу доклада Schwartz'а въ Пар. хир. общ. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1889. T. XV, p. 265—268.
181. Schauta. Ueber die Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Prager medicin. Wochenschrift. 1888. № 29 и 30, p. 301 и 316.
182. A. v. Schetelig. Ueber eine Radicaloperation zur Beseitigung der Retroflexio und Retroversio uteri. Centralblatt für die medicinischen Wissenchaften. 1869. № 27, p. 419.
183. Schramm. Сообщ. въ Дрезд. гинек. общ, Centr. für Gynäkol. 1888. № 13, p. 212.
184. Онъ же. Пренія въ Дрезд. гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1888. № 48, p. 795.
185. Онъ же. Пренія въ Дрезд. гинек. общ. Centr. fur Gynäkol. 1889. № 10, p. 160.
186. Онъ же. Пренія въ Дрезд. гинек. общ. Centr. für Gynäkol. 1890. № 11, p. 185.
187. Schroeder. Bericht ueber weitere 50 Ovariotomien. Berliner Klinische Wochenschrift. 1879. № 1, p. 3.
188. A. Schücking. Schwangerschaft und vaginale Ligatur. Centr. für Gynäkol. 1891. № 20, p. 393.

189. Онъ же. Eine neue Methode der Radicalheilung der Retroflexio uteri. Centr. für Gynäkol. 1888. № 12, p. 181.
190. Skutch. Пренія на конгрессѣ нѣменк. гинекол. въ Фрейбургѣ. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkol. III Kongress. Leipzig. 1890. p. 387—395
191. Schuhl. De l'avortement à repetition et des moyens d'y remédier. Annales de Gynécol. et d'obstétrique. 1891. T. 36. VII, p. 20 особ. 40.
192. B. S. Schultze. Die Pathol. u. Ther. der Legeveränderungen der Gebärmutter. Berlin. 1881, p. 176—177.
193. M. Sims. Remarks on Battey's Operation. The British medical Journal. 1877, p. 841 и 881.
194. К. Ф. Славянскій. Краткій отчетъ о хирургическомъ леченіи гинекологическихъ больныхъ въ клиникѣ Акуш. и Женск. б. при Императ. В. М. Акад. въ теченіи 3 недѣль съ 1—22 марта 1889 г. Докладъ въ С.-Пбургск. Акуш. гинек. общ. Протоколы Акуш. гинек. общ. въ С.-Петербургѣ. 1889. № 12, p. 102 и Centr. f. Gynäkol. 1889. № 48, p. 833.
195. Онъ же. Hysteropexia abdominalis anterior при заднихъ смѣщеніяхъ матки. Журн. Акуш. и Женск. б. 1891.
196. Онъ же. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Т. I. С.-Петербургъ. 1888 г., p. 353 и 354.
197. Spaeth. Zur Ventrofixatio uteri. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1889. № 37. p. 760 и реф. Centr. für Gynäkol. 1890. № 18, p. 334.
198 Sperling und Leopold. Zehn weitere Fälle von Ventrofixatio uteri retroflexi. Deutsche Medicin. Wochenschrift. 1891. № 5, p. 179.
199. Staude. Fixirte Retroflexio Uteri. Laparotomie und Fixation ventrale. Centr. für Gynäk. 1886 № 14. p. 219.
200. C. H. Stratz. Deutsche Separatabdrücke aus Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indie. Реф. Centralblatt. f. Gynäkol. 1890. № 16, p. 295—296.
201. Онъ же Vaginale operation der Retroflexio uteri mit Eröffnung des Douglas'schen Raums. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1891. XXI Band 2 Heft, p. 337.
202. Ch. P. Strong. The surgical treatment of backward displacements of the Uterus. Boston medical and surgical Journal. 1889. № 16, p. 381.
203. Lawson-Tait The Paholotgy and Treatement of disases of the ovaries. N.-York. 3-ье америк. изд., p. 94—95. Цитировано по H. Kelly. Am. Journ. of obstetrics. 1887 г.
204. F. Terrier. Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus. utérin (Hystérorraphie, Hystéropexie). Revue de Chirurgie. 1889. p. 185.
205. Онъ же. De l'hystéropexie ou utérofixation ventrale. Revue de Chirurgie. 1889. Année IX, p. 175.
206. Онъ же. Trois observations de ventrofixation pour Rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes. Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris. 1889. T. XV, p. 46—51 и Progrès médical. 1889, p. 55.
207. Онъ же. Statistique des opérations faites à l'hôpital Bischat pendant l'année 1888. Bull. et mém de la Soc. de Chirurgie de Paris. 1889. T. XV, p. 157.
208. Онъ же. Преніе по поводу доклада Polaillon'a. Bull. et mém de la Soc. de Chir. de Paris. 1889, p. 69.
209. Онъ же. Opération simulée. Progrès Médical. 1889. I-ая пол., p. 265.
210. Terrilon. Преніе по поводу доклада Polaillon'a. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1889, p. 69—71.
211. С. В. Теръ-Микаэланцъ. Къ вопросу о „Hysteropexia abdominalis anterior" при выпаденіяхъ матки. Врачъ. 1891. № 9.
212. Онъ же. Къ вопросу объ операціи „Hysteropexia abdominalis anterior". Журн. Акуш. и Женск. бол. 1891. № 5 и 6, p. 445.
213. A. Törngren. Om ovariosalpingiter och ovariosalpingectomier. Finska läkaresällskapets Handlingar. 1889. № 9, p, 721.
214. Онъ же. En serie of femtio buksnittsoperationer. Finska läkaresällskapets Handlingar. 1891, p. 457.

215. Tillaux. De la Rétroflexion utérine. Annales de Gynécologie etc. 1889. T. 31. I p. 13.
216. Онъ же. Rétroflexion accidentelle et instanée de l'utérus. Guérison immédiate par le redressement. Annales de Gynécologie et d'obstétrique. 1889. XII. p. 405—412.
217. Trélat. Leçons sur le prolapsus des organes génitaux de la femme. Annales de Gynécologie etc. 1888. 2-ая полов., p. 161 и 1889, p. 1—12.
218. Онъ же. Преніе въ Парижскомъ хирург. общ. Bull. et mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris. 1889, p. 56.
219. Thiriar. Carcinôme de l'ovaire avec rétroversion et prolapsus de l'utérus. Ovarosalpingotomie et Hystéropexie après avivement. utérin. Mercredi médical. 1890. № 15, p. 178. Цитировано по Baudouin'y, J. c. p. 53.
220. H. Thomson. Experimentelle Untersuchungen über die gebräuchlichsten Nahtmaterialen bei intraperitonealen Operationen hauptsächlich in Bezug auf die Uterusnaht bei Kaiserschnitt. Centr. für Gynäk. 1889. № 24, p. 409.
221. I. Veit. Über die Indikationsstellung in der Retoflexions behandlung. Centr. für Gynäkol. 1889. № 47. p. 821.
222. Онъ же. Die Indikationsstelung für die Behandlung der Retroflexio uteri. Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie. 1890. Band. XX. p. 59—80.
223. F. Winckel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig. 1886. p. 336—337.
224. Онъ же. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1890 p. 419.
225. Wyder. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich (1890) Ein fall von Ventrofixation des retroflektirten Uterus. Correspondeur-Blatt für Schweizer Aerzte. 1890. № 13. p. 428.
226. G. Wylie. Retroversion with adhesions. Cystic ovary. Laparotomy. The Americ. Journ. of obstetrics. etc 1889. VII. p. 760.
227. Онъ же. Surgical treatment of retroversion of the uterus ioith adhesions with new method of shortening the rounds ligaments. The Americ. Journ. of obstetrics 1889. V. p. 478 и N. Jork med. Journ. 1889 p. 584.
228. Онъ же. Пренія въ акушерско-гинек. секціи Нью-іоркской мед. Акад. The medical Record. 1888. p. 578.
229. Онъ же. Пренія въ нью-іоркскомъ акуш. гинекол. общ. The Americ. Journal of obstetrics etc. 1891. V. p. 610—614.
230. Захарьевскій. Демонстрація больной послѣ операціи „Ventrofixatio uteri" на засѣданіи общ. врачей при Казанскомъ Университетѣ. Дневникъ общества врачей при И. Казанск. Универс. 1890. № 3, p. 33.
231. С. С. Заяицкій. Двѣнадцать случаевъ укороченія круглыхъ связокъ по способу Alexander-Славянскаго. „Медицин. Обозрѣніе" 1889. Т. 31. № 1. p. 3—19.
232. O. Zinsmeister. Zur Therapie der Uterus Retroflexionen. Wiener Mediz. Wochenschrift. 1889. № 40. p. 1530 и Wiener Mediz. Blätter. 1889. № 31, p. 487.
233. Ziegenspeck. Преніе по поводу доклада Küstner'a на конгрессѣ въ Фрейбургѣ. Frauenarzt. 1889. p. 652—654.
234. Zweifel. Пренія въ Лейпцигскомъ акушер. общ. Centr. für Gynäk. 1891. № 34. p. 705.
235. Alexander. The treatment of backward displacements of the uterus and prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments. London. 1884.
236. Alquié. Bulletin de l'Academie Royale be Médicine. T. X. 1844/5. p. 192, цитировано по диссертаціи I. Рясенцева: „Укороч. кругл. маточн. связ. как. метод. операт. леч. нѣкотор. неправильн. полож. матки. С.-Петербургъ. 1887 г.
237. Byford. North. Americ. Practitionner. Chicago. 1889. p. 71 и 1890 г. Январь. Цитировано по Baudouin'y loc. cit. p. 334.
238. E. Cushier. Hysterorrhaphy. International Journal Surgery. 1889. № 6. p. 136.
239. Hanks. Americ. Journal of obstetrics. 1890. VII, p. 737.

240. Kelterborn. Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien. Centralblatt für Gynäkol. 1890. № 51. p. 913.

241. Leopold. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Leipzig. 1890. p. 387—395.

242. Longaker. American Journal of Obstetrics. 1887. l. p. 67—68.

243. G. Ruggi. Sella cura endoabdominale de alcuni spostamenti uterini. Bullet. delle scienze mediche della Societa medicochirurgica de Bologna. 1888. p. 30. Цитир. по Baudouin'y loc. cit. p. 178.

244. N. Flaischlen. Zur Ventrofixatio uteri. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1891. XXII Band. 1 Heft. p. 185.



ОГЛАВЛЕНІЕ.

ВАЖНѢЙШІЯ ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ:

Стран.	Строка.	Напечатано:	Слѣдуетъ читать:
2	1 сверху	Löhleina	Löhlein'a
2	9 "	главно	главное
4	4 "	Rsp.	rsp.
4	15 снизу	раздражающихъ	раздражающихъ брюшину
4	17 "	Delagèniere	Delagénière
5	17 "	venttalis	ventralis
5	16 "	gastrohystéropexie"	„gastrohystéropexie"
7	21 сверху	I. Rendu	I. Rendu [165])
9	10 снизу	Sängera	Sänger'a
9	8 "	временъ	времени
10	4 сверху	Leopolda	Leopold'a
10	20 снизу	Küstnera	Küstner'a
10	10 "	Stronga	Strong'a
11	6 сверху	ильному	сильному
13	8 "	ими	или
15	13 снизу	Klotza, Prägera	Klotz'a, Präger'a
16	7 сверху	Küstner 111—112).	Küstner [111—112]):
19	9 снизу	на 14-й Rsp. 18-й день.	на 14—16 rsp 18-й день.
19	8 "	на 8-й Rsp. 12-й день.	на 8—12 день
20	12 "	Gottschalka	Gottschalk'a
21	21 сверху	котораго	который
21	7 снизу	полѣ	послѣ
24	16 "	Lucas Championnière	Lucas—Championnière
25	13 "	затѣмъ	за тѣмъ
25	8 "	недостаточносги	недостаточности
26	8 "	которой	который
27	12 "	Symetriques	symmétriques
27	2 "	на	на
29	7 сверху	apriori	a priori
30	2 снизу	Kleiwächtera	Kleinwächter-'a
31	1 сверху	Способъ	1) Способъ
37	6 снизу	возмонжость	возможность
37	1 "	Fehlinh	Fehling
38	9 сверху	Kelly. y	Kelly.
38	10 "	мататура	лигатура
39	12 "	съ него	съ нею
43	2 снизу	стекляной	стекляный
46	3 "	Fehling [35])	Fehling [55])
49	13 сверху	вамѣтимъ	замѣтимъ
57	7 "	по немногу	понемногу
60	5 "	(Boldt'a	Boldt'a
61	6 "	Lucas Championniére	Lucas-Championnière
62	16 снизу	Keitch'a	Keith'a
62	7 "	бо	до
63	2 сверху	Heunig'a	Hennig'a
64	22 "	Что касается брюшнаго	что касается вліянія брюшнаго
66	1 снизу	пе	не
67	17 сверху	и	въ большинствѣ случаевъ
69	9 снизу	окончившіеся	окончившіяся
70	19 "	невызываетъ	не вызываетъ

ПОЛОЖЕНІЯ.

---

1) Хотя брюшное укрѣпленіе матки не даетъ нормальнаго положенія органу взамѣнъ ненормальнаго, но оно даетъ самый лучшій возможный эквивалентъ, который, по отношенію къ результатамъ, также почти удовлетворителенъ, какъ и нормальное положеніе матки.

2) Брюшное укрѣпленіе матки есть консервативная операція въ сравненіи съ кастраціей и экстирпаціей матки, которыя для извѣстныхъ тяжелыхъ случаяхъ выпаденія и фиксированнаго смѣщенія матки взадъ должны быть принимаемы въ разсчетъ.

3) Какъ естественный, такъ и искусственный климактерій не излечиваютъ абсолютно вѣрно явленій, вызванныхъ тяжелыми формами смѣщеній матки взадъ, развѣ только въ томъ случаѣ, если къ кастраціи присоединить, будетъ-ли то намѣренно, или случайно, устраненіе тѣхъ моментовъ, которые препятствуютъ нормальному положенію матки.

4) При общихъ заболѣваніяхъ, въ особенности-же нервныхъ, у женщинъ должно обращать бо̀льшее вниманіе на состояніе половыхъ органовъ, чѣмъ это сплошь да рядомъ дѣлается.

5) Фармацевтическія противолихорадочныя не должны быть употребляемы при септицеміи.

6) Такъ какъ умѣлое и внимательное наружное акушерское изслѣдованіе совершенно достаточно для веденія правильныхъ родовъ, а воздержаніе акушерокъ отъ внутренняго изслѣдованія роженицъ послужитъ къ значительному уменьшенію заболѣваемости и смертности этихъ послѣднихъ, то обученіе акушерокъ должно быть главнымъ образомъ направлено на наружное акушерское изслѣдованіе.

CURRICULUM VITAE.

Лукіянъ Ипполитовичъ Хростовскій, дворянинъ, католическаго вѣроисповѣданія, родился 25 Октября 1859 года. Среднее образованіе получилъ въ Сувалкской классической гимназіи, высшее въ Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ, который окончилъ въ 1886 году со степенью лекаря съ отличіемъ (cum eximia laude). Въ 1887 году онъ утвержденъ Императорскимъ Варшавскимъ Университетомъ въ званіи уѣзднаго врача. Въ 1889 году пріѣхалъ въ С.-Петербургъ съ цѣлью дальнѣйшаго совершенствованія въ наукахъ. 16 Ноября того же года поступилъ въ госпитальную акушерскогинекологическую клинику проф. К. Ф. Славянскаго, въ которой исполняетъ обязанности частнаго ординатора по настоящее время. Въ 1890 году сдалъ при Императорской Военно-Медицинской Академіи экзаменъ на степень доктора медицины.

Настоящую работу подъ заглавіемъ: «Hysteropexia abdominalis anterior intraperitonealis при заднихъ смѣщеніяхъ матки» представляетъ въ качествѣ диссертаціи на степень доктора медицины.